

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock

Direktor: Prof. Dr. med. Attila Altiner

**Beitrag zur Entwicklung eines Curriculums für die  
allgemeinmedizinische Weiterbildung für den Teilbereich  
Erkrankungen des Bewegungsapparates**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin

der Universitätsmedizin Rostock

Vorgelegt von

Martina Flint, geb. am 05.02.1989 in Oldenburg (Oldb)

Rostock, den 28. August 2018

[https://doi.org/10.18453/rosdok\\_id00002454](https://doi.org/10.18453/rosdok_id00002454)

Dekan: Prof. Dr. med. univ. Emil C. Reisinger

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Attila Altiner
2. Gutachter: Prof. Dr. med. Wolfram Mittelmeier
3. Gutachter: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

**Jahr der Einreichung:** 2018

**Jahr der Verteidigung:** 2019

*Für meine Familie*

# Inhaltsverzeichnis

<i>Abkürzungsverzeichnis</i> .....	VII
<i>Abbildungsverzeichnis</i> .....	VIII
<i>Tabellenverzeichnis</i> .....	IX
<i>Zusammenfassung</i> .....	X
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Hintergrund</b> .....	<b>5</b>
2.1 Stand der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Europa und der Europäischen Union ..	5
2.1.1 Einflüsse auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Europa und der EU .....	5
2.1.2 Entwicklungen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Europa .....	9
2.2 Stand der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland .....	13
2.2.1 Die Musterweiterbildungsordnung .....	13
2.2.2 Weiterbildungsordnungen der Bundesländer .....	16
2.2.3 Defizite der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland .....	18
2.2.4 Entwicklungen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland .....	19
2.3 Stand der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Mecklenburg-Vorpommern .....	25
2.4 Orthopädie in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung .....	27
<b>3. Forschungsfrage</b> .....	<b>29</b>
<b>4. Methodik</b> .....	<b>31</b>
4.1 Grundlagen empirischer Sozialforschung .....	31
4.1.1 Quantitative Sozialforschung .....	31
4.1.2 Qualitative Sozialforschung .....	32
4.2 Interviews als Methode der Datenerhebung .....	35
4.2.1 Einteilung von Interviews nach ihrem Grad der Strukturierung .....	35
4.2.2 Das leitfadengestützte Experteninterview .....	36
4.2.3 Das Telefoninterview .....	38
4.3 Sampling .....	38
4.3.1 Vorüberlegungen zum Sampling .....	38

4.3.2 Die Auswahl des Samples .....	40
4.3.3 Die Struktur des Samples .....	41
4.4 Konstruktion und Anpassung des Leitfadens .....	43
4.5 Durchführung der Interviews .....	45
4.6 Aufbereitung des Datenmaterials .....	47
4.7 Qualitative Inhaltsanalyse .....	48
4.7.1 Merkmale der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring .....	48
4.7.2 Das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring und die Umsetzung in dieser Studie .....	51
<b>5. Ergebnisse der qualitativen Studie .....</b>	<b>57</b>
5.1 Relevanz des Weiterbildungsabschnittes Orthopädie .....	57
5.1.1 Beurteilung der AiW .....	57
5.1.2 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Orthopäden .....	58
5.1.3 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Allgemeinärzte .....	58
5.1.4 Zusammenfassung und Gegenüberstellung der Perspektiven .....	60
5.2 Fachliche Inhalte des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes .....	61
5.2.1 Wichtige Krankheitsbilder aus dem Bereich des Bewegungsapparates .....	61
5.2.2 Lernziele diagnostischer Methoden aus dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates .....	64
5.2.3 Lernziele therapeutischer Methoden aus dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates .....	67
5.2.4 Zusammenfassung und Gegenüberstellung der Perspektiven .....	70
5.3 Strukturelle Verbesserungsvorschläge für den orthopädischen Weiterbildungsabschnitt .....	72
5.3.1 Ort und Ablauf des Weiterbildungsabschnittes .....	72
5.3.2 Dauer des Weiterbildungsabschnittes .....	79
5.3.3 Begleitende Vermittlung von Theorie während des Weiterbildungsabschnittes .....	81
5.3.4 Zusammenfassung und Gegenüberstellung der Perspektiven .....	84
<b>6. Diskussion .....</b>	<b>87</b>
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in den aktuellen Forschungsstand .....	87

6.1.1 Relevanz des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes .....	87
6.1.2 Fachliche Inhalte des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes .....	88
6.1.3 Strukturelle Verbesserungsvorschläge für den orthopädischen Weiterbildungsabschnitt .....	90
6.2 Implikationen für die Weiterbildung und die Umsetzung eines Curriculums .....	92
6.3 Stärken und Schwächen der Studie .....	94
6.4 Ausblick .....	95
<i>Literaturverzeichnis .....</i>	<i>97</i>
<i>Anhang .....</i>	<i>105</i>
<i>Ursprüngliche Interviewfragen .....</i>	<i>105</i>
<i>Angepasster Leitfaden .....</i>	<i>106</i>
<i>Interviewprotokoll .....</i>	<i>108</i>
<i>Z-Regeln .....</i>	<i>109</i>
<i>Thesen .....</i>	<i>110</i>
<i>Danksagung .....</i>	<i>112</i>

## Abkürzungsverzeichnis

AiW	Allgemeinarzt/-ärztin <sup>1</sup> in Weiterbildung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CanMEDS(-FM)	Canadian Medical Education Directives for Specialists (-Family Medicine)
CONTENT	Continuous Morbidity Registration Epidemiologic Network
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
EU	Europäische Union
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice
FA	Facharzt/-ärztin
IAM	Institut für Allgemeinmedizin
KV	Kassenärztliche Vereinigung
M-V	Mecklenburg-Vorpommern
MWBO	Musterweiterbildungsordnung
RCGP	Royal College of General Practitioners
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

---

<sup>1</sup> Fachärzte für Allgemeinmedizin benutzen größtenteils die Bezeichnung Allgemeinarzt anstelle von Allgemeinmediziner, deshalb wird im Folgenden ausschließlich diese Begrifflichkeit verwendet

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: WONCA Tree - Kernkompetenzen.....	6
Abbildung 2: CanMEDS-FM - Rollen des Allgemeinmediziners .....	8
Abbildung 3: Beispiel Weiterbildungsinhalte Allgemeinmedizin der MWBO .....	14
Abbildung 4: Beispiel Muster-Logbuch .....	15
Abbildung 5: Kernstruktur des Programms Verbundweiterbildung plus.....	20
Abbildung 6: Beispiel zur Struktur der geplanten MWBO .....	22
Abbildung 7: Auszug aus dem kompetenzbasierten Curriculum der DEGAM für Diagnosen im Kapitel Bewegungsapparat.....	24
Abbildung 8: Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin M-V .....	25
Abbildung 9: Häufigste Beratungsanlässe in einer Hausarztpraxis, CONTENT-Projekt 2006-2009 .....	28
Abbildung 10: Lineare Strategie (quantitativ) .....	31
Abbildung 11: Zirkuläres Vorgehen (qualitativ) .....	33
Abbildung 12: ausgewählte Expertengruppen .....	40
Abbildung 13: Entstehung eines Pseudonyms.....	47
Abbildung 14: Grundsätzlicher Ablauf der Inhaltsanalyse nach Mayring .....	51
Abbildung 15: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse .....	52
Abbildung 16: Übersicht der genannten Weiterbildungsinhalte/Fachlichen Kompetenzen ....	70
Abbildung 17: Strukturelle Verbesserungsvorschläge.....	84



## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Vergleich der vorgestellten Weiterbildungsmodelle .....	12
Tabelle 2: Weiterbildungsordnungen der Bundesländer .....	17
Tabelle 3: Vergleich der alten MWBO mit dem Entwurf der neuen MWBO .....	23
Tabelle 4: Vergleich quantitativer und qualitativer Sozialforschung .....	34
Tabelle 5: Struktur und Merkmale des Samples .....	42
Tabelle 6: Zusammenfassende Schritte der Inhaltsanalyse .....	54
Tabelle 7: induktive Kategorienbildung .....	55
Tabelle 8: Argumentation zur Relevanz des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes sortiert nach Expertengruppen .....	60
Tabelle 9: Strukturelle Verbesserungsvorschläge sortiert nach Expertengruppen .....	84
Tabelle 10: Ort des Weiterbildungsabschnittes.....	90

# **Zusammenfassung**

## **Hintergrund**

Mit der vorliegenden Arbeit soll ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin geleistet werden. Mecklenburg-Vorpommern und Berlin sind derzeit die einzigen Kammern, die einen verpflichtenden Weiterbildungsabschnitt in der Orthopädie vorsehen.

## **Forschungsfrage**

Welche Kompetenzen aus dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates erachten Experten aus der Allgemeinmedizin und der Orthopädie für ein Curriculum der allgemeinmedizinischen Weiterbildung als wichtig und wie und wo könnten diese am besten vermittelt werden?

## **Methode**

Es wurden 16 leitfadengestützte Experteninterviews (purposeful sampling) geführt. Es handelte sich dabei um Allgemeinärzte aus dem universitären sowie niedergelassenen Bereich, angehende Allgemeinärzte in Weiterbildung sowie Fachärzte für Orthopädie. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 28 min und wurden verbatim transkribiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring.

## **Ergebnisse**

Alle interviewten Experten sahen den Erwerb von Kompetenzen in der Versorgung von Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates als relevant an. Vor allem die Versorgung von Patienten mit typischen Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden sowie die orthopädisch fokussierte körperliche Untersuchung der Patienten wurden als wichtige Lernziele von allen Interviewten hervorgehoben. Die Bedeutung von adäquater Schmerztherapie und Indikationsstellung für Physiotherapie wurden als wichtige zu erlernende Kompetenzen von allen Interviewten genannt. Wo und wie diese Kompetenzen am besten zu erwerben seien, wurde jedoch zum Teil deutlich diskrepanz beurteilt. Während die interviewten Orthopäden mehrheitlich die Weiterbildung in einer orthopädischen Praxis als am besten geeigneten Weiterbildungsort ansahen, war es bei den Ärzten in Weiterbildung die orthopädische Abteilung eines Krankenhauses. Interviewte Allgemeinärzte äußerten Bedenken, dass eine Weiterbildung in spezialisierten orthopädischen Einrichtungen dazu führen könnte, Arbeitsweisen zu übernehmen, die in der allgemeinmedizinischen Versorgung zu Fehlversorgungsphänomenen führen können. Diese Experten sahen die Behandlung von typischen Erkrankungen des Bewegungsapparates als eine originäre Aufgabe der Allgemeinmedizin an und machten Vorschläge, die zum Teil eine Veränderung der gesamten Weiterbildungsstruktur nach sich ziehen würden. So wurde beispielsweise vorgeschlagen - wie in anderen europäischen Ländern - die gesamte Weiterbildung in die Allgemeinarztpraxis zu verorten und ein Gesamtcurriculum mit konkreten, abprüfbaren Kompetenzen zu etablieren.

Konsens bestand unter den Interviewpartnern über die Sinnhaftigkeit eines begleitenden (extramuralen) theoretisch/praktischen Lehrangebotes.

### **Diskussion**

Die Relevanz des Erwerbs von Kompetenzen im Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates wird nicht in Frage gestellt. Es lässt sich feststellen, dass die Weiterbildungsordnung M-V dem durch den verpflichtenden Abschnitt Orthopädie nachkommt. Es wird jedoch auch deutlich, dass durch die bisher fehlende Definition der Inhalte des Weiterbildungsabschnittes möglicherweise Arbeitsweisen aus der spezialisierten Medizin übernommen werden, die der tatsächlichen Versorgung von Erkrankungen des Bewegungsapparates in der Allgemeinmedizin nicht gerecht werden. Durch die spezifische Zuordnung von zu erwerbenden Kompetenzen in ein Gesamtcurriculum könnte gewährleistet werden, dass diese tatsächlich erlernt und auch dokumentiert werden können. Hier könnten internationale Curricula als Vorbild dienen. Die vorgelegte Arbeit liefert Ansatzpunkte für die Entwicklung eines solchen longitudinalen Curriculums, das im Rahmen des 2016 gegründeten Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin M-V mitentworfen und evaluiert werden könnte.

# 1. Einleitung

In den letzten Jahren ist die enorme Bedeutung der Primärversorgung für die alternde Bevölkerung in Deutschland vermehrt in den Fokus der gesundheitspolitischen Entwicklungen gerückt. Im Jahr 2007 wurde von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder das „Konzept zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung“ mit Zielen für die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020 veröffentlicht [1]. Darin wurde folgende grundlegende These aufgestellt:

*„Die demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen sowie die weitere Morbiditätsentwicklung werden im Jahr 2020 zu um mindestens 20 % erhöhten Anforderungen an die Primärversorgung führen (Vergleichsjahr 2000).“*

[1, p. 7]

Hinzu kam, dass zum Zeitpunkt der Erstellung des Konzeptes sogar mit einem Rückgang der hausärztlich-tätigen Fachärzte gerechnet werden musste [1]. Analysen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestätigten den Rückgang der allgemeinmedizinisch-tätigen Ärzte in den letzten Jahren. Während 2007 noch 42.380 Allgemeinärzte bundesweit ambulant tätig waren, waren es 2014 am Tiefpunkt der Entwicklung nur noch 41.069 Allgemeinärzte [2]. Dieser Rückgang betraf insbesondere die neuen Bundesländer, so auch Mecklenburg-Vorpommern (im Folgenden M-V). Gerade die ländlichen Regionen sind weiterhin von einer Unterversorgung bedroht. Im Jahr 2016 berichtete die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (im Folgenden K-V M-V) von elf drohend unterversorgten der insgesamt 27 Mittelbereichen<sup>2</sup> [3] (Stand 01.03.17). Zudem wird aus Statistiken des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales in M-V deutlich, dass 2016 bereits 24 % der Allgemeinärzte<sup>3</sup> älter als 60 Jahre waren und somit perspektivisch kurzfristig aus dem System ausscheiden werden [4].

Zu dem zu erwartenden Mehrbedarf der Primärversorgung der Bevölkerung und dem parallelen Rückgang der allgemeinmedizinisch-tätigen Ärzte kommt demnach ein fehlender adäquater Anstieg der Facharztabschlüsse im Bereich Allgemeinmedizin, sodass ein Nachwuchskräftemangel und somit eine Unterversorgung droht [5].

Zur Lösung des Problems wurden im Verlauf der Jahre verschiedene Ansätze diskutiert. Unter anderem wurden Einmalzahlungen für Niederlassungen in unterversorgten Gebieten angeboten, um Fachärzte für Allgemeinmedizin anzuwerben. Zudem wurde versucht, die

---

<sup>2</sup> Bei einem Mittelbereich handelt es sich um einen Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung in einem Bundesland entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA, dieser gilt bei einem Versorgungsgrad von unter 75 % als unterversorgt, siehe auch [95]

<sup>3</sup> Die Bezeichnung „Allgemeinarzt“ wird im Folgenden synonym für die männliche und weibliche Form verwendet

Präsenz der Allgemeinmedizin schon während des Medizinstudiums zu stärken, um bereits dort Nachwuchs zu gewinnen [1].

Einen wichtigen Ansatz stellt jedoch insbesondere die Verbesserung der noch heute defizitären allgemeinmedizinischen Weiterbildungssituation dar. Nach Einführung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin im Jahr 1968 erhielt dieser Titel auch durch die damalige Gleichstellung mit einem Praktischen Arzt ohne Facharztabschluss viele Jahre keine besondere Anerkennung unter den anderen spezialisierten Facharztdisziplinen [6]. In den 1990er Jahren wurde erstmals eine fünfjährige Pflichtweiterbildung zum Allgemeinarzt eingeführt. Es wurden Weiterbildungsabschnitte in der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Allgemeinmedizin gefordert, die jedoch mit wenig Akzeptanz in den übrigen Fachbereichen und ohne unterstützende Struktur etabliert wurden [7]. Im Jahr 2000 wurde dann erstmals erkannt, dass die damalige Weiterbildung für den geforderten Versorgungsauftrag eines Allgemeinarztes in der heutigen spezialisierten Facharztwelt inhaltlich nicht mehr ausreichte. So sollte er beispielsweise Kompetenzen aus den Bereichen Pädiatrie und Orthopädie abdecken, ohne dort zuvor weitergebildet worden zu sein. Zu der Zeit wurde schon eine Pflichtrotation in die spezialisierten Fächer (wie etwa Orthopädie) mit Etablierung eines Weiterbildungscurriculums vorgeschlagen, die Umsetzung gestaltet sich jedoch bis heute schwierig [7].

Problematisch ist auch heute noch der strukturelle Wechsel zwischen den einzelnen Rotationsstellen. In vielen Bundesländern werden kaum Fachgebiete festgelegt, in denen eine Rotation erfolgen soll, somit ist eine vernetzende Struktur vor Ort kaum vorhanden. Da es nur begrenzt akkreditierte Weiterbildungspartner gibt, kommt es für die Allgemeinärzte in Weiterbildung (im Folgenden AiW) häufig zu Wartezeiten. Nicht selten muss für einen Weiterbildungsabschnitt zudem der Ort gewechselt werden [1]. Außerdem existieren für die Weiterbildungsabschnitte in anderen Fachbereichen auch heute kaum Vorgaben hinsichtlich der Inhalte und Kompetenzen, die dort erlernt werden sollten und konkret für die allgemeinmedizinische Tätigkeit von Bedeutung sind. Es fehlt vor allem die Erkenntnis, dass gerade die Allgemeinmedizin mit ihrer wichtigen Stellung in der Primärversorgung durch ihre inhaltliche Breite und ihren Kontakt zu fast allen anderen Fachbereichen eine ganz besondere Spezialisierung während der Weiterbildung benötigt [7].

Die Problematik der defizitären allgemeinmedizinischen Weiterbildungssituation und des drohenden Nachwuchskräftemangels wurde auch im europäischen Ausland erkannt. Bereits frühzeitig haben hier Entwicklungen stattgefunden, an denen in Deutschland auf vielen Gebieten ein Beispiel genommen werden kann. Internationale Organisationen aus Allgemeinärzten haben sich mit der Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung auf europäischem Niveau beschäftigt und Entwicklungsgrundlagen wie etwa das Kompetenzmodell der WONCA Europe (WONCA = World Organization of National Colleges,

Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) oder das CanMEDS-Modell (CanMEDS = Canadian Medical Education Directives for Specialists) geschaffen, die auch Einfluss auf die Entwicklungen in Deutschland genommen haben. Europäische Nachbarländer haben jedoch deutlich früher mit der Umstrukturierung der Weiterbildung begonnen und können im Gegensatz zu Deutschland bereits größere Erfolge verzeichnen [8] [9].

In einem vergleichenden internationalen Expertengutachten aus dem Jahr 2009 [8], initiiert durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (im Folgenden DEGAM), erreicht die Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland, sowohl bezogen auf die Zahl der Bewerber, als auch auf die Qualität der Weiterbildung, noch kein europäisches Niveau. Bemängelt wird hier schon ein fehlendes allgemeinmedizinisches Curriculum [8]. Diese Beurteilung spiegelt sich auch im Vergleich der deutschen Situation mit den im Juni 2013 von der WONCA verabschiedeten „globalen Standards für die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin“ [9] (im Folgenden WONCA-Standards) wider. Dementsprechend kritisiert werden in Deutschland unter anderem die dezentrale und häufig schwierige Organisation der Weiterbildungsabschnitte und die unsichere finanzielle Situation der Weiterzubildenden. Insbesondere bemängelt wird aber die fehlende allgemeinmedizinische Ausrichtung und inhaltliche Struktur der Weiterbildungsinhalte, beispielsweise in Form eines Curriculums [10]. Gerade unter den AiW besteht der Wunsch nach einem Curriculum zur inhaltlichen Strukturierung der Weiterbildungsabschnitte. Das hat 2011 auch eine Umfrage unter allgemeinmedizinischen AiW bestätigt [11].

In weiterführenden Studien wurde zudem festgestellt, dass gerade die Erkrankungen des Bewegungsapparates in der allgemeinmedizinischen Praxis einen zentralen Stellenwert einnehmen. Im Bereich der Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis liegen die entsprechend zugeordneten Krankheitsbilder noch vor denen der Inneren Medizin [12]. Unter Betrachtung der aktuellen allgemeinmedizinischen Weiterbildung liegt hier eine Unverhältnismäßigkeit vor. In Deutschland wird bisher während der Weiterbildung kein Fokus auf spezialisierte Fächer wie Orthopädie gelegt, in denen ein AiW solche Kenntnisse in besonderem Maße erlangen könnte. Trotzdem sollen später viele Patienten mit entsprechenden Erkrankungen fachgerecht behandelt werden [7].

In M-V wurde versucht, der Bedeutung der Weiterbildung im Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates mit Etablierung eines orthopädischen Weiterbildungsabschnittes zumindest annähernd gerecht zu werden. Eine inhaltliche Struktur in Form eines Curriculums ist jedoch weiterhin ausstehend und dringend notwendig. Bisher gibt es keine Forschungsansätze, die diesen Punkt der Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung aufgreifen. Um in diesem Bereich anzusetzen, muss zunächst analysiert werden, welche Inhalte während des in M-V verpflichtenden Weiterbildungsabschnittes in der

Orthopädie vorzugsweise erlernt werden sollten. Dazu wurden in dieser Studie Fachexperten aus den an der Weiterbildung beteiligten Fachgebieten zu ihrem Wissen und ihren Empfehlungen bezüglich der Weiterbildung auf dem Gebiet der Erkrankungen des Bewegungsapparates befragt. Die vorliegende Dissertation ging der Frage nach:

**Welche Kompetenzen aus dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates erachten Experten der Allgemeinmedizin und der Orthopädie für ein Curriculum der allgemeinmedizinischen Weiterbildung als wichtig und wie und wo könnten diese am besten vermittelt werden?**

Damit leistet die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Entwicklung eines Curriculums für die allgemeinmedizinische Weiterbildung. Dies geschah zunächst im Rahmen des Bundeslandes M-V, in dem bereits Erfahrungen mit einem orthopädischen Weiterbildungsabschnitt vorlagen. Eine Möglichkeit zur Verwendung wäre beispielsweise die Etablierung der Ergebnisse im Rahmen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin in M-V. Das übergeordnete Ziel war, mit der Weiterentwicklung der Weiterbildung Allgemeinmedizin auf diesem Gebiet schlussendlich die Weiterbildung effektiver und attraktiver zu gestalten sowie dem Nachwuchskräftemangel entgegenzuwirken.

Das folgende Kapitel betrachtet zunächst den aktuellen Stand der Forschung in Europa, Deutschland und speziell M-V mit bereits stattgehabten Entwicklungen. Besonders wird auf die Rolle der Orthopädie als Weiterbildungsabschnitt eingegangen. Es wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt, die mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Form eines Kategoriensystems. Es werden die drei entstandenen Themenfelder, die Relevanz eines orthopädischen Weiterbildungsabschnittes, die zu erlernenden fachlichen Inhalte und die Struktur des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes, detailliert erläutert. Abschließend werden diese im Kontext des Forschungsstandes und der Curriculum-Entwicklung diskutiert.

## **2. Hintergrund**

Um die Situation und die Defizite der allgemeinmedizinischen Weiterbildung sowohl im europäischen als auch im deutschen Kontext einordnen zu können, wird in diesem Kapitel zunächst der aktuelle Stand der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Europa betrachtet. Außerdem findet eine Bezugnahme auf die Musterweiterbildungsordnung (im Folgenden MWBO) in Deutschland sowie die Situation in den verschiedenen Bundesländern statt. Es werden bereits begonnene Projekte zur Verbesserung der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland vorgestellt sowie der Entwicklungsstand der Weiterbildung in M-V erläutert. Zum Schluss wird der Fokus konkret auf den Weiterbildungsabschnitt Orthopädie und seine Rolle in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gerichtet.

### **2.1 Stand der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Europa und der Europäischen Union**

#### **2.1.1 Einflüsse auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Europa und der EU**

Derzeit wird die gesetzliche Grundlage der Facharztweiterbildung innerhalb der Europäischen Union durch eine vom europäischen Parlament und Rat verabschiedete „Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen“ [13] mit Gültigkeit vom 7. September 2005 gebildet. Diese Richtlinie soll Berufsqualifikationen innerhalb der EU vergleichbar machen und es ermöglichen, auch in anderen Mitgliedsstaaten einen solchen Beruf auszuüben. In dieser Richtlinie wird für die Allgemeinmedizin eine Weiterbildungszeit von drei Jahren vorausgesetzt. Davon müssen jeweils sechs Monate in einem Krankenhaus und sechs Monate in einer Allgemeinarztpraxis absolviert werden. Vorgaben bezüglich der zu durchlaufenden Fachbereiche gibt es in der EU nicht, sodass die Weiterbildung letztendlich in jedem Land unterschiedlich abläuft [13].

Ergänzend dazu existieren welt- bzw. europaweit internationale Organisationen, wie die WONCA oder die „European Academy of Teachers in General Practice“ (im Folgenden EURACT), die einen empfehlenden Charakter besitzen. Sie sehen in Europa auf dem Gebiet der Weiterbildung zum Allgemeinarzt bei zunehmendem Altersdurchschnitt der Bevölkerung besonderen Handlungsbedarf. Als Grundlage zur Verbesserung der Weiterbildung haben diese Organisationen Modelle entwickelt, die die wichtigsten Kompetenzen widerspiegeln, die ein Allgemeinarzt mit Abschluss der Facharztprüfung besitzen sollte. Diese werden in vielen europäischen Ländern als Vorbild zur Entwicklung von Weiterbildungsprogrammen genommen und haben somit großen Einfluss auf die Entwicklung der Allgemeinmedizin in Europa. Im Folgenden werden die Ansätze der Organisationen und ihre Kompetenzmodelle zusammenfassend dargestellt.



### 2.1.1.1 Das Kompetenzmodell der WONCA Europe und die WONCA-Standards

Die europäische Abteilung der WONCA, die WONCA Europe, die ein Netzwerk von Organisationen aus Allgemeinärzten gebildet hat, arbeitet an der ständigen Verbesserung der Allgemeinmedizin in Europa. Ihr Ziel ist es, einen hohen Standard in der Behandlung von Patienten in der Allgemeinmedizin und in der Ausbildung von zukünftigen Allgemeinärzten in allen Mitgliedsregionen zu etablieren, indem sie die Forschung auf diesen Gebieten und den Austausch zwischen den Mitgliedsorganisationen fördert [14]. Im Jahr 2002 wird von der WONCA erstmals die „Europäische Definition der Allgemeinmedizin“ mit wichtigen Kompetenzen, die jeder Allgemeinarzt besitzen sollte, erstellt. Eine der Mitgliedsorganisationen ist die EURACT, die als Teil der europäischen Abteilung der WONCA insbesondere Vorschläge zur Verbesserung der Weiterbildung und der Arbeitsbedingungen formuliert hat. Sie hat diese Definition 2005 zu Weiterbildungszwecken erweitert und für die Weiterbilder und Weiterzubildenden zur Verfügung gestellt [15]:

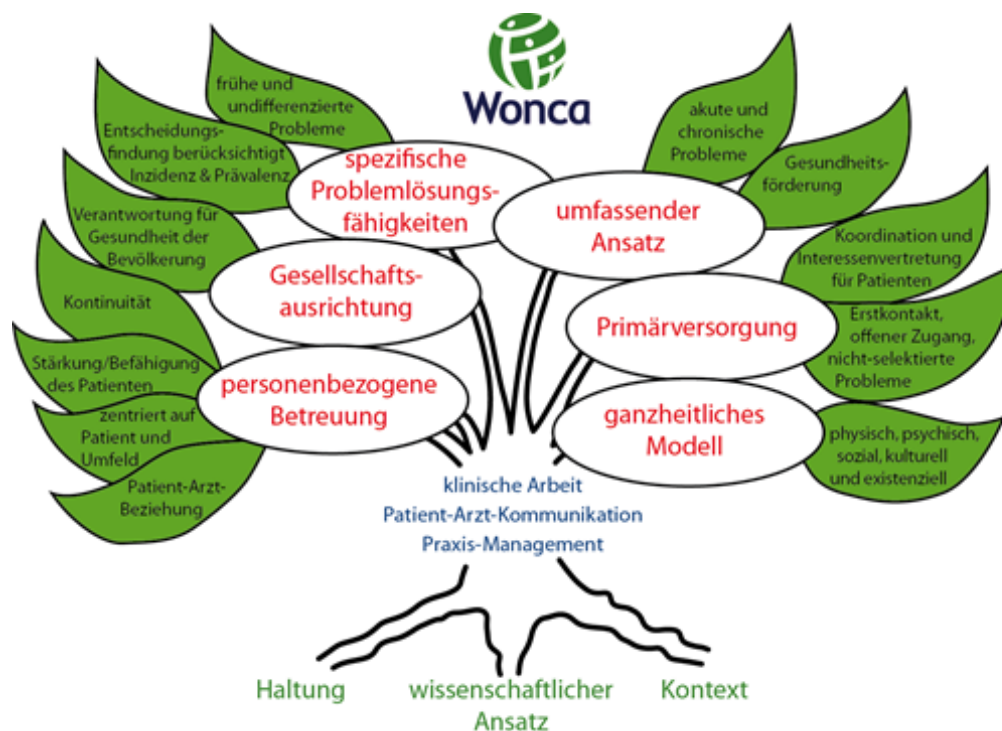


Abbildung 1: WONCA Tree– Kernkompetenzen aus [16]

In Abbildung 1 ganz außen als Blätter dargestellt (grün) sind die zwölf Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin, unten am Stamm die drei grundlegenden Hintergrundelemente für die allgemeinmedizinische Arbeit und Forschung. Die Wesensmerkmale lassen sich in sechs Kernkompetenzen (rot) zusammenfassen, die die Grundlage für die Arbeit jedes Allgemeinarztes bilden sollen. Darunter fallen z.B. „spezifische Problemlösungsfähigkeiten“ und die „personenbezogene Betreuung“. Diese Kernkompetenzen soll er in den drei Bereichen seiner Arbeit umsetzen: der klinischen Arbeit, der Arzt-Patienten-Kommunikation und dem Praxis-Management. Diese Darstellung der Allgemeinmedizin als komplexes Fachgebiet soll

die Grundlage für Entwicklungen auf den Gebieten der Forschung, Weiterbildung und Qualitätsverbesserung der Allgemeinmedizin bilden. Im Sinne der Erarbeitung von Weiterbildungsinhalten und Curricula entsprechen die dargestellten Kompetenzen den zu erreichenden Zielen in der Weiterbildung [17].<sup>4</sup>

Damit ein Facharzt für Allgemeinmedizin alle der genannten Kompetenzen nach Abschluss seiner Weiterbildung erlangt hat, muss er währenddessen sowohl inhaltlich-fachlich als auch persönlich auf diesen Gebieten weitergebildet werden. Zur Spezifizierung einer solchen Weiterbildung veröffentlichte die WONCA 2013 die globalen WONCA-Standards. Die darin definierten Ziele für die allgemeinmedizinische Weiterbildung entsprechen den Kompetenzen des WONCA-Modells. Während der Weiterbildung soll entsprechend der Standards der Fokus auf der Primärversorgung, insbesondere auf der hausärztlichen Arbeit liegen. Hier wird allerdings deutlich gemacht, dass Weiterbildungsabschnitte in Fachgebieten, mit denen häufig zusammengearbeitet wird (wie beispielsweise Orthopädie), als zielführend erachtet werden. Weitere Inhalte der Standards umfassen Kriterien zur Beurteilung bzw. Prüfung des erlernten Wissens sowie wirtschaftliche und organisatorische Aspekte, die den AiW sowie den Weiterbilder betreffen. Außerdem zählen dazu Hinweise zur Organisation und Ausstattung der Weiterbildungsstätten, deren Leitung und letztendlich zu Evaluations- und Weiterentwicklungsprozessen [9].<sup>5</sup>

#### 2.1.1.2 Das CanMEDS-Modell

Eine weitere Definition der Rollen bzw. Aufgaben eines Mediziners erfolgt durch das CanMEDS-Modell, das ursprünglich 1996 in Kanada von dem „Royal College of Physicians and Surgeons of Canada“ (RCPSC) veröffentlicht wurde. Auf diesem basierend wird 2009 ein Rollenmodell des Allgemeinarztes als Grundlage für die Entwicklung von Weiterbildungsinhalten und Curricula entwickelt [18]. Dieses in Abbildung 2 dargestellte Kompetenzmodell, das ursprünglich auf alle medizinischen Fachrichtungen und in abgewandelter Form als CanMEDS-FM speziell auf Allgemeinärzte anwendbar sein soll, hat ebenfalls einen großen Einfluss auf die Entwicklungen im Bereich der europäischen Allgemeinmedizin genommen. Es sind durchaus Ähnlichkeiten zur Definition der Allgemeinmedizin und Kernkompetenzen durch die WONCA und EURACT zu erkennen, auch wenn diese sich unabhängig voneinander entwickelt haben. Auch bei diesem Modell stellen die dargestellten Rollen bzw. Kompetenzen im Sinne der Entwicklung von Weiterbildungsprogrammen letztendlich Ziele der Weiterbildung dar.

---

<sup>4</sup> Eine ausführliche Beschreibung des WONCA-Kompetenzmodells ist zu finden in „The European Definition of General Practice/Family Medicine“, WONCA Europe 2011 unter [15]

<sup>5</sup> Eine ausführliche Beschreibung der internationalen WONCA-Standards ist zu finden in den „WONCA Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education“, WONCA Europe 2013 unter [9]

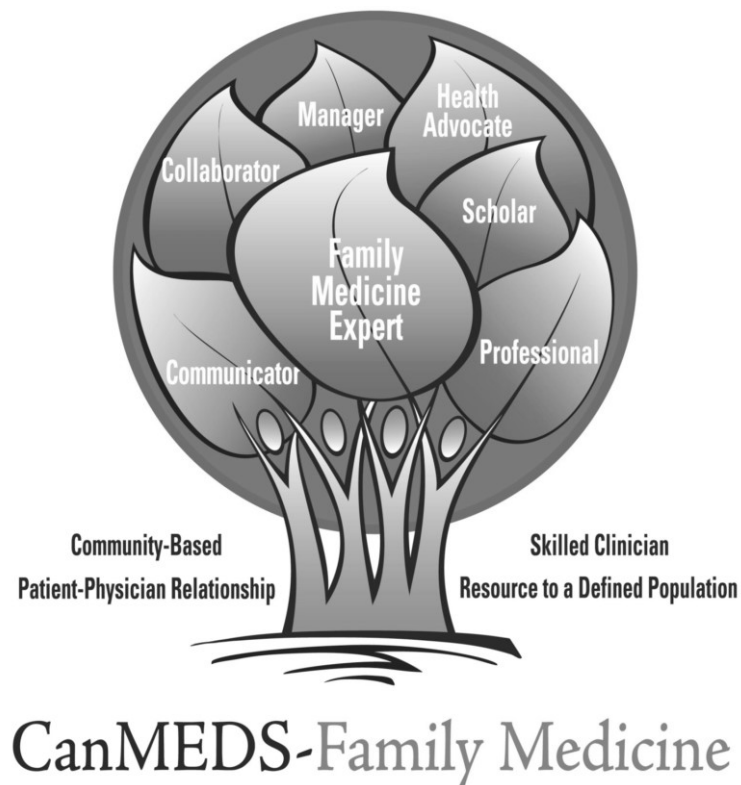


Abbildung 2: CanMEDS-FM - Rollen des Allgemeinarztes aus [18]

Das CanMEDS-FM-Modell ist grafisch allgemeiner als das WONCA-Modell gehalten, definiert aber in weiteren Erläuterungen sehr ähnliche Kompetenzen. Auch hier findet sich die Rolle des Allgemeinarztes als zentraler Koordinator der Patientenversorgung durch Zusammenarbeit mit Patient und Gesundheitssystem. Mit dem allgemeinmedizinischen Modell wird die individuelle Beziehung zum Patienten und die besondere Breite des Fachgebietes Allgemeinmedizin deutlich, die sich auch in der Weiterbildung widerspiegeln sollte [18].<sup>6</sup>

#### 2.1.1.3 Die EURACT „educational agenda“

Um diese verschiedenen Modelle in Einklang zu bringen, wurde von der EURACT bereits 2005 eine „educational agenda“ [19] entwickelt, die einheitliche Rahmenbedingungen zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Europa schaffen soll. Sie ist als Basis für AiW und Weiterbilder gedacht, um damit die geforderten Kompetenzen zu erlernen. Außerdem soll sie eine Grundlage bieten, um eigene Weiterbildungsprogramme zu entwickeln, in denen die Kompetenzen die zu erreichenden Ziele darstellen. Dafür werden in der „educational agenda“ unter anderem Anforderungen definiert, die an ein Forschungsprojekt gestellt werden, das sich mit der Entwicklung von Weiterbildungsprogrammen in der Allgemeinmedizin beschäftigt. Diese Anforderungen sind als Grundlage für die Entwicklung eines Curriculums konzipiert und werden auch in dieser Arbeit aufgegriffen.

<sup>6</sup> Eine ausführliche Beschreibung des CanMEDS-Modells ist zu finden unter [94]

Dazu werden in der Agenda fünf grundlegende Fragen an den Entwickler eines Curriculums gestellt [19]:

- Wie ist Allgemeinmedizin am besten zu erlernen?
- Wo sollte sie gelehrt werden?
- Wann sollte sie gelehrt werden?
- Was sollte gelehrt werden?
- Was sollten Allgemeinärzte Weiterzubildenden aus anderen Disziplinen lehren?

Übersetzt aus [19, p. 4]

Insgesamt haben das CanMEDS-Modell sowie die Kernkompetenzen der WONCA und EURACT unter anderem in Ländern wie Dänemark und Großbritannien eine Rolle als Trendsetter für die Entwicklung eigener kompetenzorientierter Weiterbildungsprogramme gespielt [19]. Beispiele für solche Weiterbildungsprogramme finden sich im folgenden Kapitel 2.1.2.

### **2.1.2 Entwicklungen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Europa**

In vielen Ländern Europas zeichnet sich in den letzten Jahren ein Hausarztmangel ab, auf den unterschiedlich reagiert wurde. Einige Länder erkannten, dass zur Gewinnung von allgemeinärztlichem Nachwuchs Verbesserungen auf dem Gebiet der allgemeinmedizinischen Weiterbildung notwendig sind [20]. Dabei orientieren sie sich bei der Entwicklung von Weiterbildungsprogrammen vielfach an den vorgestellten Kompetenzmodellen und Standards (siehe Beispielländer in den Kapiteln 2.1.2.1 bis 2.1.2.3). Entsprechend den bereits in Kapitel 2.1.1.1 beschriebenen WONCA-Standards soll die Allgemeinarztpraxis in das Zentrum der Weiterbildung rücken. Außerdem empfehlen sie, die Struktur der Weiterbildung transparent und möglichst systematisch zu strukturieren. Der Ablauf, die Ziele und auch die Kriterien für die Beurteilung des Weiterbildungsstandes eines werdenden Allgemeinarztes sollten klar definiert sein [10].

Im europäischen Vergleich fällt auf, dass die Entwicklungen entsprechend der WONCA-Standards vor allem in Ländern Zentraleuropas mit einem Primärarztsystem, wie beispielsweise Großbritannien, den Niederlanden oder Dänemark, stattgefunden haben. Hier besitzen die Hausärzte eine zentrale Position in der Erstversorgung von Patienten, sie nehmen die Rolle des sogenannten Gatekeepers ein. So erfolgt prinzipiell jeder Arzt-Patient-Kontakt im ambulanten Sektor zunächst über den Hausarzt, der dann entweder selbst behandelt oder gezielt zu Fachärzten überweist [20]. Da der Hausarzt dort eine herausragende Rolle im Gesundheitssystem spielt, haben auf dem Gebiet der allgemeinmedizinischen Weiterbildung deutlich früher Entwicklungen stattgefunden, als es in Ländern ohne Primärarztsystem der Fall zu sein scheint. Die Weiterbildung ist im Allgemeinen gekennzeichnet durch festgeschriebene und häufig längere Praxiszeiten in der Allgemeinmedizin, gleichwertige finanzielle Vergütung

im Vergleich zu anderen Facharzttrichtungen sowie organisierte Rotationen in andere Fachbereiche. Zumeist erfolgt die Organisation der Weiterbildung einheitlich im ganzen Land durch eine zentrale Stelle mit Anbindung an Universitäten. Es gibt in diesen Ländern häufig speziell für die Allgemeinmedizin entworfene Curricula mit spezifischen Lernzielen [20].

In Ländern ohne Primärarztsystem, wie etwa der Schweiz oder Deutschland, findet überwiegend keine zentral organisierte allgemeinmedizinische Weiterbildung statt. Kennzeichnend ist vor allem der häufig fast identische Weiterbildungsweg mit anderen Facharztspezialisierungen ohne auf die Allgemeinmedizin abgestimmte Lernziele. Außerdem gibt es keine zentrale Erfassung und Festlegung der Zahl der Weiterzubildenden. Die zukünftigen Allgemeinärzte müssen sich ihre Weiterbildungsabschnitte selbst organisieren, auch Wartezeiten und damit verbundene finanzielle Einbußen sind möglich. Weiterbildungszeiten in der Allgemeinarztpraxis sind variabel und werden deshalb häufig auf das geforderte Minimum reduziert [20].

Die im Folgenden beispielhaft ausgewählten Länder sollen einige bereits begonnene Entwicklungen und Ansätze zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Europa darstellen. Die Auswahl beruht vor allem auf der Aktualität der in den letzten Jahren stattgefundenen Entwicklungen, die auch in Deutschland immer wieder in Fachmedien präsent waren. Diese Länderauswahl repräsentiert selbstverständlich nicht die gesamte Weiterbildungssituation in Europa.

#### 2.1.2.1 Großbritannien

Großbritanniens staatliches Gesundheitssystem ist durch ein Primärarztsystem gekennzeichnet. Zur Verbesserung der Weiterbildungssituation wurde hier 2006 das Weiterbildungscurriculum „RCGP Curriculum for General Practice“ (RCGP = Royal College of General Practitioners) erarbeitet und seither stetig angepasst. Die Grundlage dafür bildeten die durch die WONCA und EURACT erarbeiteten Kernkompetenzen eines Allgemeinarztes [21]. Das Curriculum besteht aus der Definition von generellen und interdisziplinären Fähigkeiten eines Allgemeinarztes und aus Modulen mit Lernzielen auf zwei verschiedenen Gebieten: erstens Lernziele im Bereich allgemeiner Fähigkeiten, wie etwa der Umgang mit Patienten und zweitens Lernziele und Kompetenzen auf klinischer Ebene, wie beispielsweise zum Muskel-Skelett-System [22].

Zunächst leisten alle Studienabsolventen unabhängig vom angestrebten Facharzt eine gemeinsame zweijährige Grundausbildung ab. Danach erfolgt ein Auswahlverfahren der an der allgemeinmedizinischen Weiterbildung interessierten Ärzte. Schließlich durchlaufen die ausgewählten Ärzte eine dreijährige strukturierte Weiterbildung, von dieser werden 18 Monate in verschiedenen Fachbereichen und 18 Monate in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen absolviert [23].

Außerdem existiert ein elektronisches Portfolio, in dem die Weiterbildungsfortschritte der einzelnen Teilnehmer dokumentiert werden. Auch werden wöchentliche Halbtagskurse zur Vermittlung von spezifischen Fertigkeiten neben der klinischen Tätigkeit angeboten. Während der Weiterbildung gibt es regelmäßige Leistungsüberprüfungen und eine klar definierte und normierte Abschlussprüfung [24]. Insgesamt verzeichnet Großbritannien steigende Zahlen an Allgemeinmedizin-Bewerbern und -Abschlüssen [25].

#### 2.1.2.2 Dänemark

In Dänemark ist ebenfalls ein Primärarztsystem etabliert. Die Koordination und Finanzierung der fünfjährigen allgemeinmedizinischen Weiterbildung erfolgt auf staatlicher Ebene mit fachlicher Anbindung an die Universitäten [26]. Nach Abschluss des Studiums durchlaufen alle Studienabsolventen zunächst ein sogenanntes Turnusjahr, in dem Abschnitte in der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin verpflichtend sind. Die Allgemeinmedizin-Anwärter absolvieren dann sechs weitere Monate im Bereich der Allgemeinmedizin und unterziehen sich einem Eignungstest. Nach Bestehen erfolgen jeweils mehrmonatige Rotationen in verschiedene Fächer wie Chirurgie und Gynäkologie, wobei ein Tag der Woche in der allgemeinmedizinischen Stammpraxis verbracht wird. Nach Abschluss der Rotationen folgt ein weiterer Abschnitt in der Allgemeinmedizin. Auffällig ist in diesem Curriculum der Fokus auf die Allgemeinarztpraxis, aus der heraus immer wieder andere Fachbereiche aufgesucht werden. Das soll frühzeitig den Kontakt zur Allgemeinmedizin und das Kennenlernen der eigenständigen Arbeitsweise dieses Fachgebietes fördern. Außerdem besteht finanzielle Unabhängigkeit von den Weiterbildern, die Vergütung erfolgt durch die jeweilige Region [26]. Die allgemeinarztzentrierte Weiterbildung mit geregelter Finanzierung entspricht den internationalen Standards der WONCA [9].

Der Fokus auf das Lernen spiegelt sich auch in der Freistellung für viele kostenlose Fortbildungen und begleitende Seminare wieder. Ein Curriculum zu den begleitenden, theoretischen Seminaren orientiert sich entsprechend des CanMEDS-Modells auch an interdisziplinären Themen, wie dem Management einer Praxis. Außerdem wird dem werdenden Allgemeinarzt für die Zeit der Weiterbildung ein Mentor zur Seite gestellt, mit dem ohne Umwege fachliche und organisatorische Themen besprochen werden können [26].

#### 2.1.2.3 Schweiz

In der Schweiz ist, wie auch in Deutschland, kein Primärarztsystem etabliert. Mit dem Ziel, die Weiterbildung zu verbessern, wurde 2011 durch das Schweizer Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) ein fünfjähriges modularisiertes Weiterbildungsprogramm für Allgemeine Innere Medizin verabschiedet. Das ermöglicht letztendlich zwei Wege: erstens den des Allgemeinarztes und zweitens den des Internisten. Das Programm ist durch eine gemeinsame dreijährige Basisweiterbildung gekennzeichnet, auf die dann eine spezialisierte zweijährige

Aufbauweiterbildung folgt. Somit liegt die Dauer der Weiterbildung deutlich über der von der EU geforderten Minstdauer von drei Jahren. In diesen Aufbaujahren der allgemeinmedizinischen Weiterbildung sind dann auch Rotationen in spezialisierte Fächer wie Orthopädie möglich, die aus einer vorgegebenen Liste frei gewählt werden dürfen. In dieser Liste enthalten sind solche Fachbereiche, die von den Entwicklern des Curriculums als wichtig für die hausärztliche Tätigkeit und den Bedarf der späteren Patienten erachtet werden. Inhaltlich definiert das neue Curriculum Lernziele in Form von wichtigen zu erlernenden Beschwerden und Diagnosen, die nach Organsystemen geordnet sind. Auch der Bewegungsapparat ist darin mit Beschwerden, wie etwa Schmerzen in bestimmten Gelenken, sowie Diagnosen, wie beispielsweise dem Zervikalsyndrom, enthalten [27].

Die Finanzierung der Zeit in einer Allgemeinarztpraxis obliegt jedoch weiterhin dem Weiterbilder, sodass Praxiszeiten für angehende Allgemeinärzte häufig mit finanziellen Einbußen einhergehen. Die Rotationen müssen eigenverantwortlich organisiert werden und stellen somit eine weitere Hürde dar. Da die Dauer der Rotation in die Allgemeinarztpraxis nicht festgelegt ist, führt die geringere Bezahlung häufig zu verkürzten Weiterbildungszeiten in der Allgemeinmedizin. Insgesamt besteht in der Schweiz durch die dezentrale Organisation der Weiterbildung trotz Einführung des neuen Weiterbildungscurriculums noch Notwendigkeit zur Verbesserung [20].

#### 2.1.2.4 Zusammenfassung

In Tabelle 1 sind die wesentlichen Kennzeichen der Weiterbildungsmodelle der vorgestellten Länder noch einmal zusammengefasst:

	<b>Großbritannien</b>	<b>Dänemark</b>	<b>Schweiz</b>	<b>Deutschland</b>
Primärarztsystem	ja	ja	nein	nein
Spezifisches allgemeinmedizinisches Curriculum	ja	ja	nein	nein
Dauer der Weiterbildung	3 Jahre (+2 - jährige Grundausbildung)	5 Jahre (+ 1 Turnusjahr)	5 Jahre	5 Jahre
Durchschn. Dauer der Praxiszeit	18 Monate	30 Monate	6-10 Monate	18 Monate
Durchgehend zentral organisierte Rotationen	ja	ja	nein	nein
Zentrale Registrierung der Weiterzubildenden	ja	ja	nein	nein
Stand	2016	2014	2016	2017

Tabelle 1: Vergleich der vorgestellten Weiterbildungsmodelle abgeleitet aus [26], [27], [28], [29]

Zur besseren Vergleichbarkeit werden die Weiterbildungsmodelle den Eckdaten der deutschen Weiterbildung gegenübergestellt. Eine detaillierte Vorstellung der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland erfolgt ab Kapitel 2.2.

Insgesamt ist ein Vergleich der Weiterbildungsmodelle der einzelnen Länder durch die unterschiedlichen Gesundheitssysteme nur schwer möglich. Die unterschiedlich umfangreichen Entwicklungen in den Ländern haben zum Teil zu einer deutlichen Attraktivitätssteigerung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung geführt. In den Ländern mit Primärarztsystem und etablierten strukturierten Curricula für die allgemeinmedizinische Weiterbildung besteht eine hohe Nachfrage unter den Studienabsolventen. Folglich übersteigen die Bewerberzahlen für die Weiterbildung die Anzahl der vorhandenen Plätze [20] [30].

Die Implementierung der Curricula in den vorgestellten Ländern hat jedoch auch deutlich gemacht, dass dies einen jahrelangen Prozess darstellt, der von regelmäßiger Evaluation und Anpassung der entwickelten Curricula abhängig ist [31].

Umfragen in der Schweiz und in Deutschland haben ebenfalls ergeben, dass die Attraktivität der Weiterbildung maßgeblich vom Vorhandensein strukturierter Weiterbildungscurricula und einer festen Finanzierung abhängt. Zusammenfassend ist anzunehmen, dass ein Studienabsolvent mit der Idee einer allgemeinmedizinischen Laufbahn bei Vorhandensein einer unstrukturierten Weiterbildung zunächst den sicheren Weiterbildungsweg einer anderweitig spezialisierten Facharztdisziplin einschlägt [20] [11]. Demzufolge sind Umstrukturierungen der Weiterbildung notwendig, um dem Nachwuchskräftemangel entgegenzuwirken. Der aktuelle Stand der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland und die bereits begonnenen Entwicklungen werden im folgenden Kapitel dargestellt.

## **2.2 Stand der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland**

In Deutschland besteht eine bundesweit gültige, aber nicht bindende MWBO. Die Organisation der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erfolgt dezentral. Jedes Bundesland hat seine eigene Weiterbildungsordnung mit unterschiedlichen Vorgaben für den Ablauf und den Inhalt der Weiterbildung [5].

In diesem Kapitel werden zunächst die bundesweit gültige MWBO und anschließend ihre Abwandlungen in den einzelnen Bundesländern in Form der Weiterbildungsordnungen der Länder erläutert. Folgend werden insbesondere die bereits stattgefundenen oder im Entstehen befindlichen Entwicklungen zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland vorgestellt.

### **2.2.1 Die Musterweiterbildungsordnung**

Es besteht in Deutschland eine seit 2003 gültige MWBO [29], die durch den Deutschen Ärztetag sowie den Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen wurde. Letztmalig novelliert wurde sie am 23. Oktober 2015 und gilt als Empfehlung für die



Landesärztekammern, die schlussendlich für die gesetzliche Grundlage der Weiterbildung selbst zuständig sind. Für jeden Arzt gilt die Weiterbildungsordnung des Bundeslandes, in dessen Landesärztekammer er Mitglied ist [32]. Ergänzt wird die MWBO um Muster-Richtlinien, in der letzten Fassung vom 18. Februar 2011 [33], sowie ein Muster-Logbuch [34].<sup>7</sup> In der MWBO wird für das Fach Allgemeinmedizin folgender zeitlicher Weiterbildungsgang empfohlen: Die Weiterbildung sollte eine Gesamtdauer von 60 Monaten umfassen. Davon können 36 Monate in Form einer stationären Weiterbildung im Fachbereich Innere Medizin und 24 Monate in der ambulanten hausärztlichen Versorgung abgeleistet werden. Wahlweise können von den 36 Monaten Innere Medizin auch 18 Monate im ambulanten Bereich und von den 24 Monaten der Hausarztpraxis auch sechs Monate im Bereich Chirurgie angerechnet werden. Außerdem wird die Teilnahme an einem 80-Stunden-Kurs der Psychosomatischen Grundversorgung gefordert [29, p. 23].

Des Weiteren werden in der MWBO Weiterbildungsinhalte für die Allgemeinmedizin stichpunktartig definiert, wie folgendes Beispiel aus der MWBO verdeutlichen soll:

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in  
den Inhalten der Basisweiterbildung aus dem Gebiet Innere Medizin:

- der Gesundheitsberatung, der Früherkennung von Gesundheitsstörungen einschließlich Gewalt- und Suchtprävention, der Prävention, der Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen sowie der Nachsorge
- der Erkennung und Behandlung von nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Erkrankungen im höheren Lebensalter
- den Grundlagen der Tumorthherapie
- der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten
- der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild
- geriatrischen Syndromen und Krankheitsfolgen im Alter einschließlich der Pharmakotherapie im Alter

Abbildung 3: Beispiel Weiterbildungsinhalte Allgemeinmedizin der MWBO aus [29, p. 23]

Es werden Weiterbildungsinhalte auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einige wenige allgemeinärztliche Tätigkeiten sowie zu erlernende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf dem Gebiet der Inneren Medizin genannt [29]. Wie Abbildung 3 beispielhaft deutlich macht, handelt es sich dabei um allgemein gehaltene Stichpunkte, die bis auf den Hinweis auf die Innere Medizin keine genauere Zuordnung zu einem anderen Fachgebiet ermöglichen. Das Erreichen dieser Inhalte ist durch den Weiterzubildenden schwierig nachzuweisen. Der Grund für die internistisch ausgerichteten Inhalte der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in der MWBO liegt unter anderem in früheren Versionen der MWBO. Darin wurden die beiden Fächer zum Facharzt für Allgemeine Innere

---

<sup>7</sup> Die Komplettfassungen der MWBO, Muster- Richtlinien und -Logbuch sind zu finden unter [93]

Medizin mit einem teilweise gemeinsamen Werdegang zusammengefasst. Nach unterschiedlicher Umsetzung in den Bundesländern und Anerkennungsproblemen auf europarechtlicher Ebene wurden die beiden Facharztweiterbildungen wieder getrennt, die internistischen Inhalte wurden jedoch ohne Anpassung für die Allgemeinmedizin übernommen [35].

Die in der MWBO genannten Weiterbildungsinhalte werden in den Muster-Richtlinien tabellarisch aufgegriffen [33]. Der exakte Wortlaut der Stichpunkte der MWBO wird hier in tabellarischer Form wiedergegeben. Eine weitere Erklärung oder Differenzierung erfolgt nicht. Außerdem werden in den Muster-Richtlinien Richtzahlen für die bereits in der MWBO genannten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren vorgegeben, die ein Weiterzubildender erreichen sollte [33].

In dem begleitenden Muster-Logbuch, worin erneut die in der MWBO genannten Weiterbildungsinhalte sowie Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgelistet sind, sollen alle abgeleisteten Abschnitte sowie Zahlen dokumentiert werden. Abbildung 4 zeigt ein Beispiel für Richtzahlen von Untersuchungsmethoden im Muster-Logbuch:

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren der Basisweiterbildung aus dem Gebiet Innere Medizin:	Richt- zahl	Jährliche Dokumentation gemäß § 8 MWBO: Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben/ erreichte Richtzahl je Weiterbildungsjahr  Datum, Unterschrift und Bemerkungen * des/der Weiterbildungsbefugten					
Elektrokardiogramm	500						
Ergometrie	100						
Langzeit-EKG	100						
Langzeitblutdruckmessung	50						
spirometrische Untersuchungen der Lungenfunktion	100						
Ultraschalluntersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane	500						

Abbildung 4: Beispiel Muster-Logbuch aus [34, p. 8]

Die erreichten Weiterbildungsinhalte sowie Richtzahlen müssen von dem entsprechenden Weiterbilder unterzeichnet werden. Das Logbuch dient als Nachweis für die erreichten Weiterbildungsziele und wird bei der Anmeldung zur Facharztprüfung verlangt [34].

Insgesamt stellt die MWBO mit ihren Richtlinien und ihrem Logbuch für die Allgemeinmedizin lediglich eine grobe Übersicht über empfohlene Abschnitte und Weiterbildungsinhalte dar, die sehr internistisch geprägt sind und an keiner Stelle tiefergreifend erläutert werden. Ein konkreter Bezug zur Allgemeinmedizin und zu spezifisch dafür relevanten Weiterbildungsinhalten fehlt. Auch Rotationsmöglichkeiten in andere Fachbereiche wie die

Orthopädie zur Erweiterung der eigenen klinischen Kompetenzen werden nicht beachtet. Die Vorlage der MWBO wurde in vielen Bundesländern ohne große Anpassung übernommen, wie in folgendem Kapitel genauer dargestellt wird.

## **2.2.2 Weiterbildungsordnungen der Bundesländer**

Unter den Weiterbildungsordnungen der einzelnen Bundesländer gibt es einige Gemeinsamkeiten, jedoch auch viele Unterschiede. In allen Bundesländern sind entsprechend der MWBO die Abschnitte Innere Medizin und Allgemeinmedizin verpflichtend abzuleisten, in einigen Bundesländern wurden weitere Rotationen in die Weiterbildungsordnungen aufgenommen. Es gibt jedoch Unterschiede in der Dauer der verpflichtenden Abschnitte und der Möglichkeit, sich andere Fachbereiche anrechnen zu lassen. In den meisten Bundesländern kann wahlweise ein Teil der Weiterbildungszeit auch in anderen Bereichen der unmittelbaren Patientenversorgung absolviert werden. Dazu zählen sowohl die Innere Medizin und die Allgemeinmedizin, als auch andere Fachrichtungen, in denen unmittelbarer Patientenkontakt besteht. Außerdem wird in einigen Bundesländern zwischen einer Weiterbildung bei einem Allgemeinarzt und bei einem hausärztlichen Internisten ein Unterschied gemacht. In Berlin und Sachsen-Anhalt kann beispielsweise nur ein Teil der Allgemeinmedizinzeit bei einem hausärztlichen Internisten absolviert werden. Brandenburg und Schleswig-Holstein haben neben der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin sechs Monate Chirurgie verpflichtend gemacht. Sachsen-Anhalt hat neben der Chirurgie zusätzlich sechs Monate Pädiatrie sowie sechs Monate in der unmittelbaren Patientenversorgung in die Weiterbildungsordnung mit aufgenommen. Lediglich Berlin hat, vergleichbar mit M-V, zusätzlich zur Chirurgie und Pädiatrie einen dreimonatigen Abschnitt Anästhesiologie sowie sechs Monate Orthopädie als verpflichtende Bestandteile in die Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin aufgenommen. Allerdings kann in M-V Anästhesiologie durch Zeit in der Notaufnahme ersetzt werden, außerdem sind hier nur drei Monate Orthopädie verpflichtend (siehe [36] - [52]).

Alle verpflichtenden Weiterbildungsabschnitte in den einzelnen Bundesländern werden in der Tabelle 2 auf Seite 17 zusammenfassend dargestellt.

Fächer obligat (in Monaten)	Allgemein- medizin	Innere Medizin	Chirurgie	Anäs- thesio- logie	Pädiatrie	Orthopädie	Bereiche der unmittelbaren Patienten- versorgung
Bundesland							
<b>Baden-Württemberg</b>	24 <sup>1</sup>	36 <sup>3</sup>					
<b>Bayern</b>	24 <sup>2</sup>	36 <sup>3</sup>					
<b>Berlin</b>	18 <sup>4</sup>	12	6	3 <sup>5</sup>	6 <sup>5</sup>	6	9
<b>Brandenburg</b>	18	36 <sup>8</sup>	6				
<b>Bremen</b>	24 <sup>1</sup>	36 <sup>3</sup>					
<b>Hamburg</b>	24 <sup>1</sup>	36 <sup>3</sup>					
<b>Hessen</b>	24 <sup>2</sup>	36 <sup>3</sup>					
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	18	12	6	3 <sup>7</sup>	6	3	12
<b>Niedersachsen</b>	24 <sup>1</sup>	36 <sup>3</sup>					
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	24 <sup>1</sup>	36 <sup>3</sup>					
<b>Rheinland-Pfalz</b>	24 <sup>2</sup>	36 <sup>3</sup>					
<b>Saarland</b>	24 <sup>1</sup>	36 <sup>3</sup>					
<b>Sachsen</b>	24 <sup>1</sup>	36 <sup>3</sup>					
<b>Sachsen-Anhalt</b>	24 <sup>4</sup>	18	6		6		6
<b>Schleswig-Holstein</b>	18	36 <sup>6</sup>	6				
<b>Thüringen</b>	24 <sup>1</sup>	36 <sup>3</sup>					

Tabelle 2: Weiterbildungsordnungen der Bundesländer (erstellt und modifiziert in der Arbeitsgruppe Curricula-Entwicklung des IAM Rostock aus [36], [37], [38], [39], [40], [41], [42], [43], [44], [45], [46], [47], [48], [49], [50], [51] und [52])

<sup>1</sup> davon können 6 Monate in der Chirurgie angerechnet werden

<sup>2</sup> davon können je 6 Monate in der Chirurgie und Kinderheilkunde angerechnet werden, in Hessen auch ambulante Innere Medizin

<sup>3</sup> davon können bis zu 18 Monate in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden

<sup>4</sup> davon können bis zu 6 Monate in der hausärztlich-internistischen Versorgung angerechnet werden

<sup>5</sup> können durch eine Kursweiterbildung ersetzt werden

<sup>6</sup> davon können bis zu 12 Monate in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden

<sup>7</sup> oder 3 Monate in einer Notaufnahme bzw. Rettungsstelle

<sup>8</sup> davon können bis zu 18 Monate in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung und 3 Monate im öffentlichen Gesundheitswesen angerechnet werden

Im nachfolgenden Kapitel wird die Weiterbildungssituation in Deutschland anhand der erläuterten Grundlagen zusammenfassend dargestellt und mit der europäischen Situation verglichen.

### 2.2.3 Defizite der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland

Im Jahr 2007 wurde von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder das „Konzept zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung“ mit Zielen für die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020 veröffentlicht [1]. Dort wird die derzeit problematische Situation der allgemeinmedizinischen Weiterbildung beschrieben und es werden Vorschläge zur Verbesserung gemacht:

*„Die schwierige Koordinierung der einzelnen allgemeinmedizinischen Weiterbildungsabschnitte sowie beträchtliche Vergütungsunterschiede zwischen Klinik und Praxis erschweren die Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin erheblich. Eine Optimierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung kann durch Weiterbildungsverbünde erfolgen, die durch eine „Weiterbildung aus einer Hand“ und durch Zahlung einer während der ganzen Weiterbildungszeit gleichbleibenden Vergütung die oben geschilderten Mängel wett machen können.“*

[1, pp. 17-18]

Von der DEGAM wurde zudem 2009 ein internationales Expertengutachten [8] zur externen Begutachtung der deutschen allgemeinmedizinischen Weiterbildung im Vergleich mit den europäischen Nachbarländern angefordert. Drei Experten aus den Niederlanden, Großbritannien und Dänemark haben Beteiligte an der deutschen Weiterbildung befragt und wurden danach interviewt. Diese Experten kamen zu dem Schluss, dass die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland in vielen Punkten unter dem europäischen Niveau liegt. Insgesamt hat der deutsche Allgemeinarzt, im Vergleich zu den Nachbarländern, einen vergleichsweise geringen Stellenwert im deutschen Gesundheitssystem, da jeder Patient freie Arztwahl besitzt und auch selbstbestimmt zum Spezialisten gehen kann. Es wurden die ungenügende Finanzierung der Weiterbildung vor allem in der Niederlassung sowie die fehlende Unterstützung der Weiterbilder bemängelt. Außerdem kamen Sie zu dem Schluss, dass Lernziele für die Allgemeinmedizin sinnvoll wären, um dem Nachwuchsmangel entgegenzuwirken [8].

Der Vergleich der deutschen Situation mit den 2013 verabschiedeten WONCA-Standards [9] kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Es fehlt in Deutschland vor allem die Ausrichtung der Weiterbildung konkret auf die Allgemeinmedizin. Das spiegelt sich einerseits in den nicht vorhandenen Curricula mit entsprechenden Weiterbildungsinhalten, andererseits in den vergleichsweise geringen Weiterbildungszeiten in der Hausarztpraxis wider. Die schwierige, da häufig individuelle Organisation der Weiterbildungsabschnitte und die unsichere finanzielle Situation der Weiterzubildenden stellen diesbezüglich Gründe dar [10].

Bisher gab es hauptsächlich regionale Projekte zur Verbesserung der Weiterbildungssituation, deren Darstellung den Umfang der Arbeit übersteigen würde. In den letzten Jahren haben Organisationen wie die DEGAM sowie zunehmend auch die allgemeinmedizinischen Institute der Universitäten versucht, Einfluss auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung zu nehmen

und so überregionale Ansätze zur Verbesserung der Weiterbildung und Erfüllung der oben genannten Forderungen umzusetzen. In den folgenden Kapiteln wird auf die Etablierung von Weiterbildungsverbünden und Kompetenzzentren sowie das Initiativprogramm zur finanziellen Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung eingegangen. Des Weiteren wird auch auf die geplante Neuausrichtung der Musterweiterbildung sowie das kompetenzbasierte Curriculum der DEGAM verwiesen.

## **2.2.4 Entwicklungen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland**

### **2.2.4.1 Einrichtung von Weiterbildungsverbünden und Kompetenzzentren**

Das 2008 von der Bundesärztekammer verabschiedete „Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ [5] definiert die erste Idee eines Weiterbildungsverbundes. Dabei handelt es sich um eine regionale Vernetzung von weiterbildungsbefugten Krankenhäusern und Praxen, die einen vollständigen und reibungslosen Weiterbildungsablauf in einer Region gewährleisten wollen. Nach Bewerbung und Annahme eines Weiterzubildenden der Allgemeinmedizin wird für diesen ein Rotationsplan erstellt und ein Tutor zugewiesen. Dabei handelt es sich planmäßig um einen Hausarzt, der den Weiterzubildenden durch die Facharztweiterbildung begleiten und diesen unterstützen soll. Außerdem werden begleitende Seminare mit allgemeinmedizinischen Themen angeboten. Durch diese ineinandergreifende Planung der Weiterbildungsabschnitte sollen vor allem die organisatorischen Probleme der Weiterzubildenden behoben und eine Hemmnis bei der Wahl der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin genommen werden [5]. Diese regionalen Weiterbildungsverbünde sollen zusammen mit sogenannten Koordinierungsstellen in den einzelnen Bundesländern etabliert werden. Die Koordinierungsstellen haben dabei einerseits die Aufgabe, die Weiterbildungsverbünde zu strukturieren und zu beraten, andererseits sollen sie die zur Förderung gedachten finanziellen Mittel bewirtschaften [5].

Die DEGAM hat sich bei der Umsetzung dieser Pläne besonders engagiert. Sie veröffentlichte 2010 zur bundesweiten Vereinheitlichung der Weiterbildung ein „Leitfaden für die Planung, Einrichtung und Führung von Weiterbildungsverbünden“ [53]. Der Leitfaden basiert auf Erfahrungen mit bestehenden Weiterbildungsverbünden und daraus entstandenen wissenschaftlichen Ergebnissen sowie der Einbeziehung ausländischer Erfahrungen bezüglich der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Beispielsweise erfolgt darin eine Priorisierung der während der Weiterbildung idealerweise zu durchlaufenden Fachbereiche in drei Gruppen: die zentrale, die wesentliche und die nützliche Gruppe. In der zentralen Gruppe findet sich beispielsweise die Innere Medizin. Der Fachbereich Orthopädie wird hier in die wesentliche Gruppe eingeordnet. Zur nützlichen Gruppe zählt etwa die Anästhesie. Die Aufteilung in Gruppen bildet eine Rangfolge der wichtigsten zu durchlaufenden Fächer [53].

Das 2013 ebenfalls von der DEGAM veröffentlichte „DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung plus“ [54] soll weiterführend Struktur innerhalb einer Verbundweiterbildung bieten. Das Konzept befasst sich eingehend sowohl mit einem Rotationsplan innerhalb eines Weiterbildungsverbundes als auch mit der Einführung von Begleitseminaren, einer Mentorenbetreuung und „Train the Trainer-Programmen“. Außerdem wird in diesem Konzept empfohlen, sogenannte Kompetenzzentren einzurichten. Durch die universitäre Anbindung der Kompetenzzentren an ein regionales oder überregionales allgemeinmedizinisches Institut soll die Aktualität der Weiterbildung entsprechend des Forschungsstandes gewährleistet werden. Die Kompetenzzentren haben außerdem die Aufgabe, durch Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern sowie den eher mit Verwaltungsaufgaben betrauten Koordinierungsstellen die Qualität der Weiterbildung sicherzustellen. Sie sollen auch die genannten Zusatzprogramme anbieten und durchführen [55].

Vorreiter und Vorbild dieses Konzeptes ist das 2008 ins Leben gerufene Programm „Verbundweiterbildung plus“ des Kompetenzzentrums Baden-Württemberg. Das ein Jahr zuvor gegründete Kompetenzzentrum setzt sich aus den medizinischen Fakultäten in Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen und Ulm unter Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin in Heidelberg zusammen. Durch die Kooperation mit regionalen Kliniken und Praxen soll durch das Programm ein nahtloser Weiterbildungsablauf in der Region gewährleistet werden. Die Bezeichnung „plus“ impliziert weitere, bereits erörterte Bestandteile des Programms, wie etwa die universitäre Anbindung, aber auch einen kontinuierlichen Evaluationsprozess [56]. Das begleitende Schulungsprogramm basiert dabei inhaltlich mit seinen Zielstellungen auf den bereits erläuterten Kompetenzen des CanMEDS-Modells (siehe Kapitel 2.1.1.2) [12]. In Abbildung 5 wird die Struktur der „Verbundweiterbildung plus“ stellvertretend für die generelle Vernetzung eines Kompetenzzentrums grafisch dargestellt:

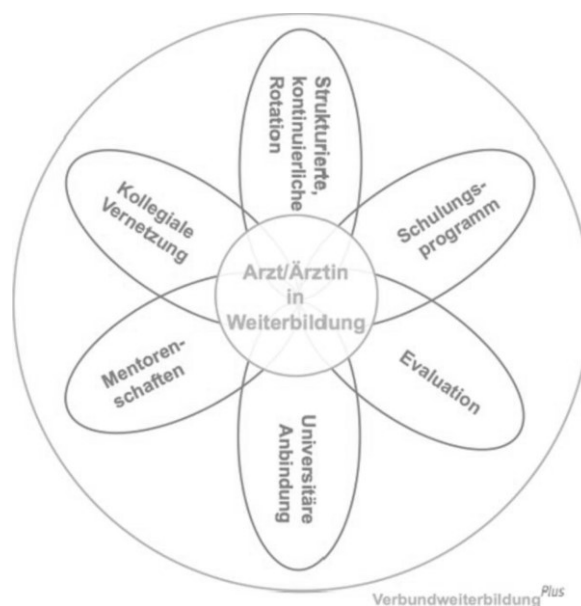


Abbildung 5: Kernstruktur des Programms Verbundweiterbildung plus aus [56, p. 106]

Inzwischen sind in mehreren Bundesländern Verbundweiterbildungen und Kompetenzzentren etabliert, so auch in M-V. Darauf wird im Kapitel 2.3 ausführlicher eingegangen.

Im Folgenden wird zunächst die Umsetzung der finanziellen Förderung erläutert.

#### 2.2.4.2 Finanzielles Förderprogramm für die Weiterbildung Allgemeinmedizin

Bereits seit 1999 besteht eine Vereinbarung zur Bezuschussung der Arbeitsstellen von Allgemeinärzten durch ein Initiativprogramm. Die Förderung wird durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. dem Spitzenverband Bund sowie die K-V finanziert. Ab 2010 umfasste der Förderbetrag 1750 Euro pro Stelle und Monat im stationären und 3500 Euro pro Stelle und Monat im ambulanten Bereich [53].

Während im Krankenhaus eine Aufstockung des Gehaltes durch das jeweilige Haus auf Tarifniveau erfolgte, fiel diese beim Wechsel in den ambulanten Bereich häufig weg. Im ersten Assistenzarztjahr lag 2014 das Bruttogehalt in kommunalen Krankenhäusern bei 4023,08 Euro pro Monat, im dritten Assistenzarztjahr bei 4413,99 Euro pro Monat mit jährlichen Gehaltserhöhungen. Bei einem Wechsel in die ambulante Versorgung betrug das Brutto-Monatsgehalt jedoch nur 3500 Euro. Eine Aufstockung durch die weiterbildende Praxis ist selten erfolgt. Die Arbeit in der ambulanten Versorgung und somit auch in der Allgemeinmedizin war bisher mit deutlichen Gehaltseinbußen verbunden [57].

Entsprechend der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ [58] wurde zuletzt eine Erhöhung der finanziellen Förderung auf Tarifniveau auch im ambulanten Sektor beschlossen. Grundlage zur Berechnung bildet der „Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände“ mit einem Mittelwert der Stufen aus Entgeltgruppe 1. Mit Wirkung vom 1. Juli 2016 wurde somit der finanzielle Förderbetrag im ambulanten Bereich auf 4800 Euro pro Stelle und Monat erhöht [58]. Damit konnte ein wichtiger Schritt zur Attraktivitätssteigerung der Weiterbildung Allgemeinmedizin und Nachwuchsgewinnung entsprechend der WONCA-Standards umgesetzt werden [9].

Im Folgenden soll eine inhaltlich und strukturell wichtige Säule in der Reformierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung dargestellt werden, die geplante Neuausrichtung der MWBO.

#### 2.2.4.3 Geplante Neuausrichtung der MWBO

Basierend auf den Forderungen der vorangehenden Bundesärztekongresse sowie auf der bundesweiten Evaluation der Weiterbildung von 2009 bis 2014 war bis 2018 eine Novellierung der MWBO durch die Bundesärztekammer geplant. Mit der Neuausrichtung der MWBO sollte neben dem finanziellen Förderprogramm ein weiterer großer Schritt zur Verbesserung der Facharztweiterbildung auf Bundesebene gemacht werden [35]. Vorrangiges Ziel war eine inhaltlich orientierte Ausrichtung mit stärkerer Strukturierung der Weiterbildung durch zu erlernende Kompetenzen und eine Stärkung der ambulanten Weiterbildung. Kompetenzen



wurden in diesem Zusammenhang durch „Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten“ [59, p. 7] definiert, die an die jeweilige Facharztdisziplin angepasst werden müssen. Beteiligt an der Bearbeitung waren die verschiedenen Fachgesellschaften, Berufs- und Dachverbände sowie die Landesärztekammern [59]. Mit dem 121. Deutschen Ärztetag im Mai 2018 wurde die Novellierung der MWBO beschlossen. Es wurden die Abschnitte A und C sowie die „Allgemeinen Inhalte“ des Abschnitts B überarbeitet. Die spezifischen Inhalte der einzelnen Facharzttrichtungen wurden jedoch noch nicht veröffentlicht, sie sollen im Laufe des Jahres folgen.<sup>8</sup>

Inhaltlich erfolgt in der aktuellen „Version 2b“ (Stand 2017) des Entwurfes eine Aufteilung in „Allgemeine Weiterbildungsinhalte“ und „Spezifische Weiterbildungsinhalte“ [60]. Diese inhaltliche Strukturierung wird durch Abbildung 6 verdeutlicht:

Weiterbildungsblock	Kognitive und Methodenkompetenz  Kenntnisse	Erreichter Weiterbildungsfortschritt (durch Weiterbildungsbefugten auszufüllen): Der Arzt/die Ärztin kann...				Handlungskompetenz  Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahlen sofern gefordert	nachgewiesene Zahlen (durch Weiterzubildenden nachzutragen)
		benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Supervision)	selbstverantwortlich durchführen			
Krankheiten und Beratungsanlässe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Umgang mit den häufigsten Beratungsanlässen im unausgelesenen Patientenkollektiv, einschließlich Langzeitversorgung und der hausärztlichen Behandlung von		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen einschließlich diätetischer Behandlung sowie Beratung und Schulung		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Langzeitversorgung von Patienten mit Diabetes mellitus, davon		

Abbildung 6: Beispiel zur Struktur der geplanten MWBO aus [60, p. 5] (Stand 2017)

In den allgemeinen Weiterbildungsinhalten sollen facharztübergreifende Kompetenzen definiert werden. In den spezifischen Weiterbildungsinhalten erfolgt entsprechend der Facharztdisziplin eine Einordnung der zu erlernenden Kompetenzen in Weiterbildungsböcke. Weiterhin erfolgt eine Zweiteilung der Kompetenzen: in erstens „kognitive und Methodenkompetenz“, der spezifische „Kenntnisse“ zugeordnet werden, sowie zweitens

<sup>8</sup> Die bisher beschlossene Version der MWBO ist einzusehen unter [https://www.daegfa.de/AerztePortal/Upload/Documents/Aktuelles/Berufspolitik/121%20D%C3%84T%202018\\_Drs.VIII-01\\_Anlage\\_Novelle-MWBO.pdf](https://www.daegfa.de/AerztePortal/Upload/Documents/Aktuelles/Berufspolitik/121%20D%C3%84T%202018_Drs.VIII-01_Anlage_Novelle-MWBO.pdf) (letzter Zugriff 14.08.2018).

„Handlungskompetenz“, der spezifische „Erfahrungen und Fertigkeiten“ zugeordnet werden [60].

Die in Abbildung 6 dargestellte Struktur ist lediglich ein Beispiel, das mit möglichen allgemeinmedizinischen Inhalten aus der bisherigen MWBO bestückt wurde. Im dargestellten Weiterbildungsblock „Krankheiten und Beratungsanlässe“ umfasst die „Kognitive und Methodenkompetenz“ generelle Kenntnisse zu bestimmten Krankheitsbildern. Diese sollen durch einen vierstufigen Fortschritt dokumentiert werden. Die „Handlungskompetenz“ entspricht medizinischen Maßnahmen, die bei bestimmten Krankheitsbildern angewandt und beherrscht werden sollen. Ein Teil davon soll durch Richtzahlen nachgewiesen werden. Die tatsächlichen Weiterbildungsinhalte und Richtzahlen werden weiterhin von den Landesärztekammern bestimmt. Auf Basis des neuen Entwurfes soll weiterhin ein elektronisches Logbuch zur Dokumentation des Weiterbildungsfortschrittes existieren [59].

Von der Neuausrichtung der Anforderungen an den Facharztwerb Allgemeinmedizin erhofft sich insbesondere die DEGAM nicht nur angepasste Inhalte, sondern auch eine Stärkung der ambulanten Weiterbildung, insbesondere im allgemeinmedizinischen Sektor [35]. Ein erster Entwurf der neuen MWBO für die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin sieht folgende Veränderungen im Vergleich zur alten MWBO vor:

	<b>Alte MWBO 2003 (Stand 2015)</b>	<b>Entwurf neue MWBO (Stand 2017)</b>
<b>Gesamtdauer</b>	60 Monate	60 Monate
<b>Innere Medizin - davon stationär</b>	36 Monate - 12 Monate	12 Monate - 12 Monate
<b>Allgemeinmedizin - davon</b>	24 Monate - 6 Monate Chirurgie fakultativ	24 Monate
<b>Andere Fachbereiche</b>	Keine Angaben	6-18 Monate in anderen Fachrichtungen
<b>Ergänzend</b>	80 Stunden Kurs-Weiterbildung Psychosomatische Grundversorgung	80 Stunden Kurs-Weiterbildung Psychosomatische Grundversorgung

Tabelle 3: Vergleich der alten MWBO mit dem Entwurf der neuen MWBO, abgeleitet aus [29, p. 23], [60, p. 1]

In Tabelle 3 wird deutlich, dass im Unterschied zur jetzigen MWBO (siehe Kapitel 2.2.1) der Fokus des neuen Entwurfes vermehrt auf der Weiterbildung ambulant in der Hausarztpraxis liegt. Das Minimum dieser Zeit umfasst im Entwurf nun 24 Monate, nicht mehr nur 18 Monate. Außerdem müssen nur noch zwölf Monate in der Inneren Medizin im Vergleich zu vorher 36 Monaten nachgewiesen werden. Stattdessen werden Rotationen in andere Fachgebiete verpflichtend. Um welche Fachgebiete es sich handeln soll, wird nicht spezifiziert [60].

Während die Überarbeitung der fachspezifischen Inhalte der MWBO noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird, wurde von der DEGAM bereits ein kompetenzbasiertes Curriculum veröffentlicht.

#### 2.2.4.4 Kompetenzbasiertes Curriculum der DEGAM

Bereits 2009 wurde von internationalen Experten in einem durch die DEGAM initiierten Gutachten eine kompetenzbasierte Definition von Weiterbildungsinhalten für die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland gefordert [8]. Im Jahr 2012 wurde daraufhin von der DEGAM erstmals das „Kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin“ [61] veröffentlicht. Das Curriculum zielt darauf ab, grundlegende Inhalte zu nennen, die während der Weiterbildung erlernt werden sollten. Es soll sowohl zur Selbstreflektion durch den Weiterzubildenden während der gesamten Weiterbildungszeit, als auch für Feedback durch den Weiterbilder dienen, ein verpflichtender Charakter entsprechend einer Weiterbildungsordnung oder eines Logbuches wird von der DEGAM explizit abgelehnt [61].

Das Curriculum wird in drei Abschnitte geteilt, die nachfolgend erläutert werden:

Im ersten Teil geht es um „Medizinische Expertise“, also häufige „Beratungsanlässe“ und „Erkrankungen/Diagnosen“ unter Zuordnung zu den entsprechenden Organsystemen. Im Bereich Bewegungsapparat werden den Beratungsanlässen insbesondere Schmerzregionen, beispielsweise die Gelenke der Extremitäten, in einer Tabelle aufgelistet. Ziele sind dort das Erkennen von Faktoren, die eine Erkrankung komplizieren können, das Erlangen von Wissen über mögliche Differentialdiagnosen sowie der Umgang mit den Beratungsanlässen, wie etwa anschließende Diagnostik und Therapie [61, p. 9ff]. Wichtig erachtete Erkrankungen und Diagnosen für den Bewegungsapparat werden in folgendem Auszug dargestellt:

	Diagnostik Therapie	Prävention Langzeitbetreuung	Kommentare
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Degenerative Wirbelsäulenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fußdeformitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Abbildung 7: Auszug aus dem kompetenzbasierten Curriculum der DEGAM für Diagnosen im Kapitel Bewegungsapparat [61, p. 14]

In der Abbildung 7 wird erkenntlich, dass als wesentliche Ziele die Diagnostik und Therapie der genannten Diagnosen, sowie Kenntnisse in Prävention und Langzeitbetreuung definiert werden. Eine genauere Spezifizierung erfolgt nicht [61].

Im zweiten Teil des Curriculums geht es um das Erlernen von Kompetenzen entsprechend der CanMEDS-Rollen, die in Kapitel 2.1.1.2 bereits erläutert wurden. Die Kompetenzen umfassen die „Kommunikation“, das „Management“, die „Zusammenarbeit“, die „Vertretung des Patienten“, „Professionalität“ sowie „Lernen und Lehren“. Zu jeder Kompetenz werden weitere Kernkompetenzen definiert. Am Beispiel der Kommunikation sind das etwa „Aufbau und Pflege der Beziehung zu Patienten und Angehörigen“ oder die „therapeutische Kommunikation“ [61, p. 25ff].

Im dritten Teil werden „Prozeduren“ aus den Bereichen „Körperliche Untersuchung“, „Diagnostik“ und „Therapie“ genannt, die ebenfalls vom Weiterzubildenden erlernt werden sollen. Am Beispiel des Bewegungsapparates werden aus den drei Bereichen die Untersuchung von Wirbelsäule und Gelenken, Punktion eines Kniegelenksergusses sowie die Verordnung von Physiotherapie genannt [61, p. 39ff].

Dieses Curriculum bildet bereits einen Schritt zur Vereinheitlichung einer allgemeinmedizinisch fokussierten Weiterbildung. Da es jedoch den bestehenden Weiterbildungsordnungen der Bundesländer mit ihrem verpflichtenden Charakter gegenübersteht, ist eine vordergründige Einbeziehung in den Weiterbildungsablauf zum Teil schwierig. Außerdem sind die aufgelisteten Weiterbildungsinhalte eher von allgemeinem Charakter, eine ausführliche Darstellung sowie der Bezug auf einzelne Weiterbildungsabschnitte, in denen diese Inhalte erlernt werden, fehlt. Gerade für Bundesländer wie M-V, mit sehr vielen verpflichtenden Weiterbildungsabschnitten, mangelt es vor allem für die spezialisierten Fächer an einem offiziellen Leitfaden, der spezifische inhaltliche Forderungen an die einzelnen Abschnitte stellt, um damit sowohl den Weiterzubildenden als auch den Weiterbilder zu unterstützen. Der Stand der Weiterbildung in M-V wird im folgenden Kapitel 2.3 ausführlicher dargestellt.

## 2.3 Stand der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Mecklenburg-Vorpommern

M-V hat neben Berlin die differenzierteste Weiterbildungsordnung in Deutschland mit den meisten verpflichtend zu absolvierenden Abschnitten. Abbildung 8 verdeutlicht den Weiterbildungsablauf:

<u>Weiterbildungszeit:</u> <b>60 Monate</b> bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>12 Monate</b> Innere Medizin im Akutkrankenhaus</li><li>- <b>6 Monate</b> Chirurgie</li><li>- <b>6 Monate</b> Kinder- und Jugendmedizin</li><li>- <b>3 Monate</b> Orthopädie / Physikalische und Rehabilitative Medizin</li><li>- <b>3 Monate</b> Anästhesiologie oder in der Notaufnahme oder in der Rettungsstelle</li><li>- <b>18 Monate</b> Allgemeinmedizin</li><li>- <b>12 Monate</b> in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung und in Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Weiterbildungsabschnitte von unter sechs Monaten sind anrechenbar. Innerhalb dieses Weiterbildungsabschnittes ist die zeitweise Hospitation an einer anderen Weiterbildungsstätte der unmittelbaren Patientenversorgung zu Weiterbildungszwecken möglich.</li></ul> <b>80 Stunden Kurs-Weiterbildung</b> gemäß § 4 Abs. 8 in der Psychosomatischen Grundversorgung
--

Abbildung 8: Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin M-V aus [43, p. 18]

Dabei handelt es sich um die Bereiche Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Orthopädie, Anästhesiologie, Allgemeinmedizin und einen Abschnitt in wählbaren

Fachgebieten der unmittelbaren Patientenversorgung. Seit 2015 kann der Abschnitt Anästhesiologie auch durch Arbeit in einer Notaufnahme ersetzt werden [43]. M-V ist neben Berlin nur eines von zwei Bundesländern in Deutschland, in dem der Weiterbildungsabschnitt Orthopädie gefordert wird. Alternativ ist es für den Weiterzubildenden möglich, einen Weiterbildungsabschnitt in Physikalischer und Rehabilitativer Medizin abzuleisten.

Wie auch in der MWBO werden in der Weiterbildungsordnung M-V allgemeine „Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten“ [43, p. 18] definiert, die erworben werden sollten. Während sich die MWBO dabei in weiten Teilen auf den Bereich Innere Medizin bezieht, wird in der WBO M-V häufiger der Bezug zur Allgemeinmedizin hergestellt. Nicht wenige der ebenfalls in Stichpunkten formulierten Inhalte und Fertigkeiten ähneln trotzdem im Wortlaut den Formulierungen der MWBO. Auch in der Weiterbildungsordnung M-V wird nicht differenziert, in welchem Weiterbildungsabschnitt welche Fertigkeiten erlangt werden können und sollten. Insbesondere wird kein Bezug zur Orthopädie hergestellt. Dieser verpflichtend zu absolvierende Fachbereich spiegelt sich in keinen der vorgegebenen, zu erlernenden Inhalte konkret wider [43].

In M-V wird die Weiterbildungsordnung ebenfalls um Richtlinien sowie ein Logbuch ergänzt, in denen abzuleistende Zahlen an Untersuchungs- und Behandlungsverfahren aufgelistet sind. Auch hier werden keine spezifischen Inhalte für den Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates formuliert. Stattdessen findet sich nur die folgende, unscharfe Formulierung: „Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Störungen“ [62, p. 3]. Diese Definition ist aus der Sicht verschiedener Fachrichtungen unterschiedlich interpretierbar. Sie könnte beispielsweise auch rheumatische Erkrankungen aus dem großen Bereich der Inneren Medizin umfassen, wobei jedoch in der Allgemeinmedizin häufige Krankheitsbilder des Bewegungsapparates, wie etwa der akute Rückenschmerz oder die Arthrosen, unberücksichtigt bleiben.

Auch in M-V haben bereits Entwicklungen Einzug gehalten, die wie in Kapitel 2.2.4 beschrieben umgesetzt wurden. So erfolgt die finanzielle Unterstützung der allgemeinmedizinischen Stellen auch hier durch das Förderprogramm. Für unterversorgte Gebiete, die gerade in M-V großflächig vorhanden sind, gibt es weitere Zuschüsse. Seit 2000 ist die Zahl der geförderten Stellen von 44 auf 132 gestiegen ( [63], Stand Mai 2016). Es existieren zurzeit außerdem 62 Rotationsstellen in Weiterbildungsverbünden, die einen Teil oder sogar die gesamte Weiterbildung aus einer Hand gewährleisten sollen ( [64], Stand August 2017). Außerdem wurde ein Kompetenzzentrum gegründet, das die Attraktivität der Weiterbildung zum Allgemeinarzt weiter steigern soll [4]. Geleitet wird das Kompetenzzentrum von den Instituten für Allgemeinmedizin in Rostock und Greifswald, finanziert wird es durch die KV M-V, das Landessozialministerium sowie die AOK Nordost. Ziele sind die Etablierung

von begleitenden Seminarangeboten, einem Mentoringprogramm sowie didaktischer Schulung der Lehrärzte [63].

Die Problematik der fehlenden Strukturierung innerhalb der Weiterbildungsabschnitte bleibt, wie in der „Evaluation der Weiterbildung 2014“ [65] bereits berichtet, jedoch weiterhin bestehen. Auch die unzureichende Definition von Inhalten und Kompetenzen, die ein werdender Allgemeinarzt idealerweise auf seinem Weiterbildungsweg erlangen sollte, beispielsweise in Form eines Curriculums, wird noch nicht ausreichend betrachtet. Gerade den spezialisierten Fächern wie der Orthopädie werden kaum Weiterbildungszeit und -inhalte zugerechnet. Dass hier jedoch eine deutliche Unverhältnismäßigkeit im Vergleich mit den späteren Bewegungsapparat-spezifischen Beratungsanlässen in einer Hausarztpraxis besteht, wird im folgenden Kapitel erläutert.

## **2.4 Orthopädie in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung**

Werden in der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsordnung M-V die Fachgebiete bzw. Weiterbildungsabschnitte in ein Verhältnis gesetzt, so wird deutlich, dass dieses aufgrund der kaum definierten Inhalte am ehesten durch die Dauer der Abschnitte bestimmt wird. Hier stellt die Orthopädie mit den verpflichtenden drei Monaten und der Möglichkeit einer Ersatzleistung in einem anderen Fachgebiet im Gegensatz zu 12 Monaten Innerer Medizin eine kaum bedeutende Größe dar. Fällt der Blick dann jedoch auf die späteren Behandlungsanlässe in einer Hausarztpraxis, zeichnet sich ein ganz anderes Bild ab. Dazu wurde 2006 durch die Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg das durch das BMBF geförderte CONTENT-Projekt („CONTInuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork“) begonnen. Durch die Vernetzung von Praxisverwaltungsprogrammen in Hausarztpraxen wurde eine Datenbank zur Versorgungslage und Morbiditätszahlen erstellt und seither fortgeführt. Dokumentiert werden die Informationen auf Basis einer internationalen Klassifikation („International Classification of Primary Care“, ICPC) und von erfassten Behandlungsfällen („Episoden“) [66]. Nach Auswertung der Versorgungsdaten des CONTENT-Projektes im Rahmen der Verbundweiterbildung plus in Baden-Württemberg wurde festgestellt, dass die Erkrankungen des Bewegungsapparates (L) bei Betrachtung der häufigsten Beratungsanlässe in einer Hausarztpraxis mit 22 % auf Platz eins und somit noch vor der Inneren Medizin (B, D, K, T = 17,9 %) liegen [12]. Dieser Sachverhalt ist in Abbildung 9 auf Seite 28 dargestellt.

## Beratungsanlässe/Symptome nach ICPC-Kapiteln

CONTENT 3-Jahres-Kontaktgruppe 2006-2009

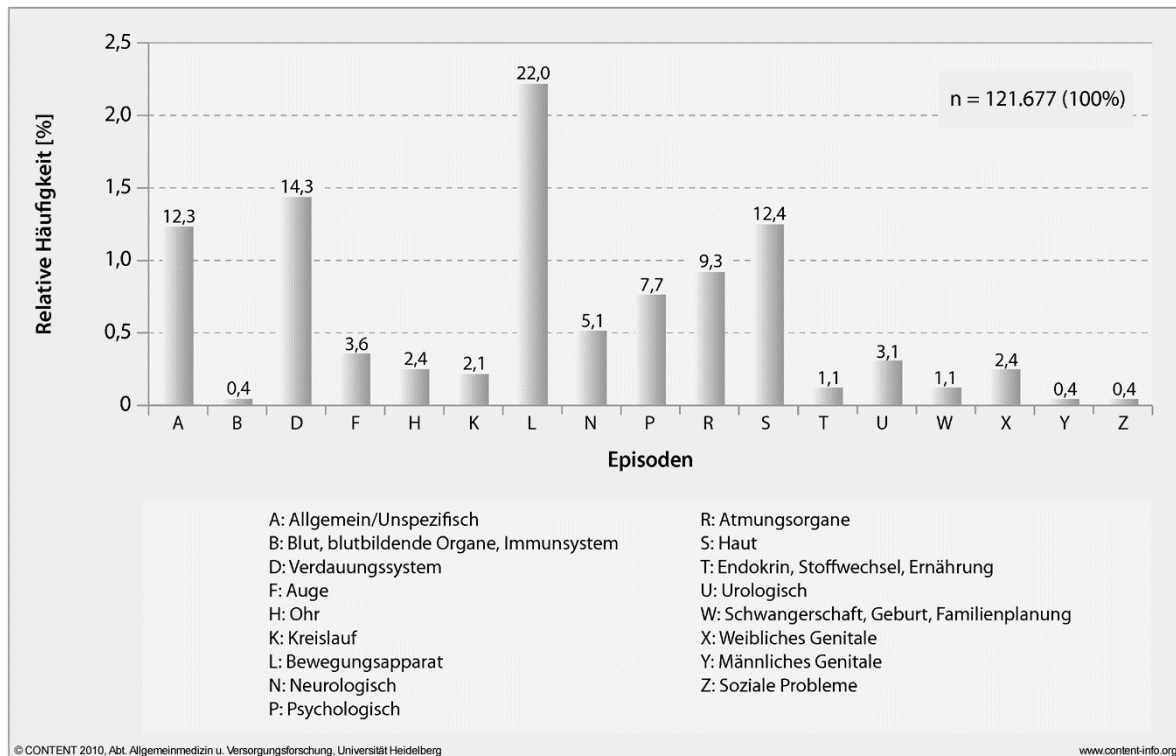


Abbildung 9: Häufigste Beratungsanlässe in einer Hausarztpraxis, CONTENT-Projekt 2006-2009 [67]

Diese Auswertung macht die Wichtigkeit von Kenntnissen über Erkrankungen des Bewegungsapparates in der hausärztlichen Tätigkeit deutlich. Dementsprechend besteht jedoch ein Missverhältnis zwischen dem aktuellen und dem wünschenswerten Stellenwert eines orthopädischen Weiterbildungsabschnittes in der Weiterbildung Allgemeinmedizin nicht nur in M-V, sondern in ganz Deutschland. Der Vorteil eines orthopädischen Weiterbildungsabschnittes besteht einerseits in einem kontinuierlichen Wissenstransfer von dem spezialisierten Fachgebiet in die Allgemeinmedizin, andererseits durch die Dichte an fachspezifischen Krankheitsbildern mit der unterschiedlichen Ausprägung der Schweregrade, die nur in einem entsprechenden Fachbereich in kurzer Zeit erlernt werden können [7].

In M-V wurde diesbezüglich zumindest ein Pflichtabschnitt Orthopädie eingeführt. Diese Arbeit erhebt keinen Anspruch darauf, die Weiterbildungsordnung in ihrer gesamten Struktur zu ändern, doch gibt sie Hinweise zur inhaltlichen Gestaltung und damit auch zur Effizienz des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes, um damit sowohl die Weiterzubildenden als auch den Weiterbilder zu unterstützen und den zukünftigen Allgemeinarzt bestmöglich auf seine spätere Tätigkeit vorzubereiten.

### 3. Forschungsfrage

Die beschriebenen Entwicklungen im Kapitel 2 stellen verschiedene Ansätze zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung dar. Größtenteils handelt es sich um organisatorische und strukturelle Ansätze, die noch nicht flächendeckend etabliert sind. Die inhaltliche Komponente der Weiterbildung wird dabei noch gar nicht oder nur unzureichend betrachtet. Insbesondere die sogenannten kleinen Fächer werden dabei häufig vernachlässigt. Der orthopädische Weiterbildungsabschnitt stellt in M-V einen verpflichtenden Bestandteil dar. Während der Zeitumfang von drei Monaten klar definiert ist, sind Inhalte, die von den Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin im Bereich Orthopädie erlernt werden sollen, nur sehr vage formuliert.

Die vorliegende Arbeit zielte darauf ab, einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates zu leisten. Das übergeordnete Ziel war die Entwicklung eines Curriculums für den Weiterbildungsabschnitt Orthopädie in M-V. Unter einem Curriculum wird in dieser Arbeit, in Anlehnung an die Definition der DEGAM, ein begleitendes, kompetenzdefinierendes Instrument verstanden [61]. Im Unterschied zu der DEGAM-Definition konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf den Weiterbildungsabschnitt Orthopädie, der durch vorangegangene Studien bisher nicht im Einzelnen betrachtet wurde. Damit sollen den Weiterzubildenden und dem Weiterbilder Anregungen für eine strukturierte und effektive Weiterbildung im Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates zur Verfügung gestellt werden.

In Kapitel 2.1.2 wurde im internationalen Kontext bereits deutlich, dass etablierte und strukturierte Weiterbildungscurricula zu einer Attraktivitätssteigerung der Weiterbildung beitragen und somit einem drohenden Hausarztmangel entgegenwirken können. Wie dort ausführlich dargestellt, entspricht das den Forderungen und Zielen der globalen WONCA-Standards [10]. Auch die deutschen Weiterzubildenden stellten entsprechende Forderungen nach inhaltlicher Struktur durch ein Curriculum [11]. In diesem Kontext stellten realisierbare Inhalte unter Verknüpfung von Theorie und Praxis mit dem Ziel einer hohen Akzeptanz des zukünftigen Curriculums eine besondere Anforderung dieser Studie dar. Es ergab sich daraus die folgende Forschungsfrage als Basis dieser Arbeit:

**Welche Kompetenzen aus dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates erachten Experten der Allgemeinmedizin und der Orthopädie für ein Curriculum der allgemeinmedizinischen Weiterbildung als wichtig und wie und wo könnten diese am besten vermittelt werden?**

Diese Ziele sollten durch die Einbeziehung von direkt an der Weiterbildung beteiligten Personen, sowohl AiW als auch Allgemeinärzte und Orthopäden, sowie von anerkannten internationalen Standards erreicht werden. Diesbezüglich wurden die grundlegenden Fragen der „educational agenda“ der EURACT ( [19], siehe Kapitel 2.1.1.3) aufgegriffen und auf



diesen Kontext angewendet. Daraus abgeleitet und entwickelt standen folgende Fragen im Fokus dieser Arbeit:

- Welche Anforderungen werden eigentlich an einen Allgemeinarzt bezogen auf die Erkrankungen des Bewegungsapparates gestellt?
- Welche Fertigkeiten sollte ein AiW auf dem Gebiet der Erkrankungen des Bewegungsapparates erlernen?
- Wann und auf welche Art sollten diese Fertigkeiten erlernt werden?
- Welcher Ort ist für die Durchführung eines solchen Weiterbildungsabschnittes sinnvoll und was ist dabei in der Realität umsetzbar?

Abgeleitet aus [19, p. 4]

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden darauf aufbauend leitfadengestützte Interviews mit an der allgemeinmedizinischen Weiterbildung beteiligten Experten aus den Bereichen der Allgemeinmedizin und der Orthopädie<sup>9</sup> geführt.

Es wurden Vorstellungen und Ideen von den Experten zu den Anforderungen an den werdenden Allgemeinarzt identifiziert sowie erste Möglichkeiten der Strukturierung des Weiterbildungsabschnittes elaboriert. Die Ergebnisse aus der Analyse der Interviews können zur Entwicklung eines Curriculums genutzt werden, beispielsweise im Rahmen des Kompetenzzentrums M-V. Im folgenden Kapitel 4 wird dargestellt, wie mit Hilfe des gewählten Studiendesigns die Forschungsfrage aufgegriffen und umgesetzt wurde.

---

<sup>9</sup> Prinzipiell kann die Weiterbildung im Bereich Orthopädie durch einen gleich langen Abschnitt im Fachbereich Physikalische und Rehabilitative Medizin ersetzt werden. Da es in M-V 80 Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit einer Weiterbildungsermächtigung, aber nur acht Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit der notwendigen Weiterbildungsermächtigung gibt (siehe Suche nach Weiterbildungsbefugten unter [92]) und somit eine Minderheit der AiW diesen Weg des Weiterbildungsabschnittes wählt bzw. überhaupt wählen kann, haben sich die Interviews mit den Experten auf das Fachgebiet Orthopädie konzentriert.

## 4. Methodik

In diesem Kapitel wird die Wahl des qualitativen Forschungsansatzes in Gegenüberstellung eines quantitativen Ansatzes begründet. Darauffolgend wird die gewählte Forschungsmethode der qualitativen Interviews mit der Sonderform des leitfadengestützten Experteninterviews beschrieben. Außerdem werden auf die Konstruktion und Anpassung des Leitfadens sowie auf das Auswahlverfahren des Samples eingegangen. Zuletzt werden die ausgewählte Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring erläutert und der Ablauf der Analyse dargestellt.

### 4.1 Grundlagen empirischer Sozialforschung

In der empirischen Sozialforschung wird zwischen quantitativem und qualitativem Vorgehen unterschieden. Nach Vorstellung der beiden Ansätze wird in diesem Kapitel die Auswahl des qualitativen Vorgehens begründet.

**Quantitative Sozialforschung** In der quantitativen Sozialforschung legt der Forscher eine bestehende bzw. zuvor formulierte Theorie oder Hypothese zugrunde und hat die Überprüfung dieser Theorie oder Hypothese durch eine Untersuchung zum Ziel. Die erhobenen Ergebnisse sollen möglichst exakt beschrieben und vergleichbar gemacht werden [68]. Im Vorfeld werden auf Basis von theoretischen Vorüberlegungen alle einzubeziehenden Variablen inklusive die zu untersuchende Stichprobe und die Analysemethode festgelegt. Es handelt sich insgesamt um ein deduktives und lineares Vorgehen, also eine genau festgelegte, standardisierte Abfolge [69]:

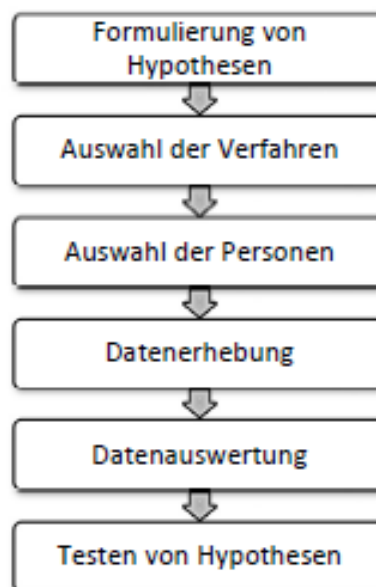


Abbildung 10: Lineare Strategie (quantitativ) abgeleitet aus [69], Abb. 1

Damit eine repräsentative Aussage getroffen werden kann, müssen die Daten standardisiert erhoben und ausgewertet werden, es müssen also immer die gleichen Untersuchungs- und Auswertungsbedingungen vorliegen. Verwendet werden vorwiegend numerische Daten, also zahlenmäßige Ausprägungen wie Mess- oder Skalenwerte. Dieses lineare Vorgehen stellt die Repräsentativität sicher. Das bedeutet, dass die Erkenntnisse aus der betrachteten Stichprobe auf die Gesamtpopulation bezogen werden können, die durch die ebenfalls standardisiert erhobene Stichprobe repräsentiert werden soll. Das quantitative Vorgehen ist durch die standardisierten Abläufe während der Untersuchung vergleichsweise einfach durchführbar und mit eher geringerem Zeitaufwand verbunden. Im Vorfeld ist jedoch ein großes Maß an Vorbereitung in Form von theoretischen Grundlagen und Kenntnissen um das Erhebungsinstrument notwendig. Die Individualität eines Teilnehmers gerät in den Hintergrund, abweichende Meinungen oder Sichtweisen als auch Kontextfaktoren in Form von Kommunikationszusammenhängen gehen häufig verloren [68].

Zur Überprüfung des Forschungsprozesses können Gütekriterien angewandt werden. Zu den wichtigsten Qualitätsindikatoren quantitativer Sozialforschung gehören die Reliabilität, Validität und Objektivität einer Untersuchung. Reliabilität bedeutet die Genauigkeit oder Zuverlässigkeit einer Untersuchung, dazu zählt auch die Wiederholbarkeit der Ergebnisse. Unter Validität wird die Genauigkeit verstanden, mit der die Forschungsmethode das misst, was gemessen werden soll. Die Objektivität stellt sicher, dass die Ergebnisse unabhängig vom Untersucher sind, er also selbst keinen Einfluss auf die Ergebnisse hat [70].

#### **4.1.1 Qualitative Sozialforschung**

In der qualitativen Sozialforschung sollen durch Untersuchungen eines Forschungsgegenstandes Hypothesen generiert werden. Dieser Ansatz findet vor allem in Bereichen Anwendung, in denen noch wenig Wissen zu einem zu untersuchenden Forschungsgegenstand vorhanden ist. Das Ziel ist es, Zusammenhänge zu erkennen, zu beschreiben und zu interpretieren [68]. Es findet ein offener und flexibler Forschungsprozess statt. Das bedeutet, dass währenddessen eine kontinuierliche Anpassung des methodischen Vorgehens an den Untersuchungsgegenstand möglich ist. Diese Offenheit des Verfahrens ermöglicht eine Herausarbeitung neuer Sachverhalte bezüglich der ursprünglichen Fragestellung [71]. Die qualitative Sozialforschung ist somit insgesamt durch ein induktives und zirkuläres, also sich auch wiederholendem Vorgehen gekennzeichnet [69], diesen Sachverhalt verdeutlicht Abbildung 11.

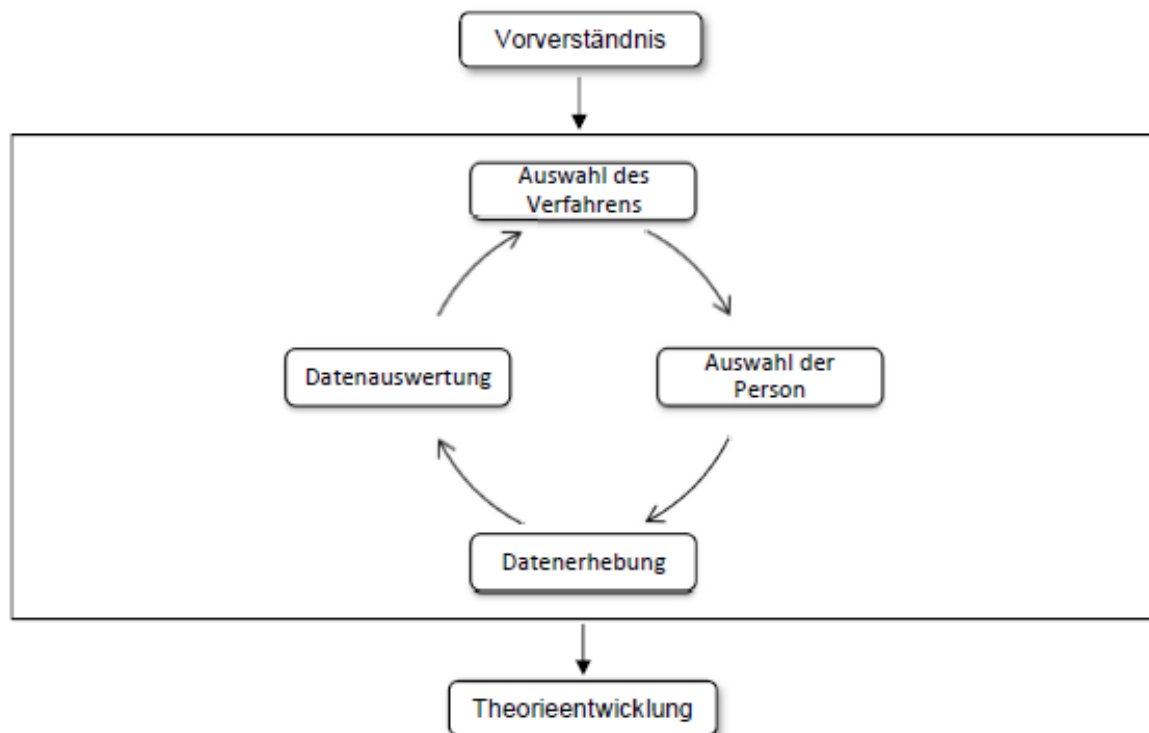


Abbildung 11: Zirkuläres Vorgehen (qualitativ) abgeleitet aus [69], Abb. 1

Zusammenfassend bedeutet das, dass im Vorfeld des Forschungsprozesses noch nicht alle Schritte bis ins Detail festgelegt sein müssen, sondern diese sich gegenseitig beeinflussen und sich auch wiederholen können. Die Entwicklung sowie Anpassung von Hypothesen während der Analyse ist möglich. Verwendet werden vorwiegend nichtnumerische Daten, wie etwa Texte, die um einen Kontext ergänzt werden können, um verständlicher zu werden. Die Auswahl der Studienteilnehmer erfolgt auf der Grundlage, welche vom Forscher als geeignet erscheint, das Wissen um den Forschungsgegenstand zu erweitern. Während der Analyse werden Kontextfaktoren wie Kommunikationszusammenhänge mit in die Interpretation einbezogen. Insgesamt wird durch dieses Vorgehen ein tiefergehender Informationsgewinn erzeugt [69].

Qualitative Sozialforschung erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität, also Vergleichbarkeit der Daten im Sinne der quantitativen Forschung. Ihr Ziel ist vielmehr die größtmögliche Annäherung an reale Verhältnisse aus der subjektiven Sicht der Teilnehmer mit Darstellung der gesamten Bandbreite des Untersuchungsfeldes. Die Einflussfaktoren wie etwa der soziale Hintergrund einer Person, die Interviewsituation oder die unterschiedliche Wahrnehmung der partizipierenden Personen sind präsent und werden als Kontextfaktoren in die Auswertung der Daten mit einbezogen. Eine Verallgemeinerung oder gar Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist jedoch schwierig. Nachteilig sind ein vergleichsweise hoher Zeit- und Kostenaufwand bei der Durchführung der Studie sowie die Abhängigkeit der Ergebnisse von der Qualifikation der durchführenden Person [69].

Eine Übertragung der Gütekriterien quantitativer Forschung auf qualitative Ansätze ist nur begrenzt machbar, da die qualitative Forschung andere Ziele verfolgt. Doch auch beim qualitativen Vorgehen gibt es Qualitätsmerkmale für die Datenauswertung. Hier ist beispielsweise die Transparenz des Forschungsprozesses durch genaue Verfahrensdokumentation von besonderer Bedeutung. Dadurch werden auch das qualitative Vorgehen sowie die Interpretation der Ergebnisse für Außenstehende nachvollziehbar und überprüfbar. Diese intersubjektive Nachvollziehbarkeit kann durch Analyse des Materials durch mehrere Personen unterstrichen werden und wird Intercoderreliabilität genannt. Auch die Regelgeleitetheit stellt ein Gütekriterium dar. Durch die Anwendung und Dokumentation von Regeln für den Analyseprozess wird das korrekte wissenschaftliche Vorgehen dokumentiert und belegt. Auch die Selbstreflektion des Forschers als teilnehmende Person am Erhebungsprozess stellt eine wichtige Komponente dar. Die Nähe zum Gegenstand als weiteres Qualitätsmerkmal ist durch die Einbeziehung der Kontextfaktoren und damit die Schaffung eines möglichst unveränderten Abbildes des Untersuchungsgegenstandes gekennzeichnet [71].

In Tabelle 4 werden die genannten Merkmale beider Ansätze gegenübergestellt:

	<b>Quantitative Sozialforschung</b>	<b>Qualitative Sozialforschung</b>
<b>Ziel</b>	Hypothesenüberprüfung	Hypothesengenerierung
<b>Vorgehen</b>	Deduktiv, linear	Induktiv, zirkulär
<b>Daten</b>	Numerisch	Nichtnumerisch
<b>Repräsentativität</b>	Anspruch auf Repräsentativität	Kein Anspruch auf Repräsentativität
<b>Ablauf</b>	Fester Untersuchungsablauf	Flexibilität während der Untersuchung
<b>Durchführung</b>	Einfach, schnell	kosten-/zeitintensiv

Tabelle 4: Vergleich quantitativer und qualitativer Sozialforschung abgeleitet aus [69]

Da es zu der in Kapitel 3 erläuterten Forschungsfrage bisher kaum Erfahrungen zu den Perspektiven der interviewten Experten und damit kaum theoretische Grundlagen gab, bot sich hier ein qualitativer Forschungsansatz an. Ziel war die Generierung von Hypothesen aus den Aussagen der Experten zum orthopädischen Weiterbildungsabschnitt in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Durch die Flexibilität und Offenheit der gewählten Methode wurde die Verfolgung dieses Zieles sichergestellt.

Im folgenden Kapitel wird zunächst auf Interviews als gewähltes Forschungsinstrument eingegangen.

## 4.2 Interviews als Methode der Datenerhebung

In der qualitativen Forschung gibt es eine Vielzahl an Formen der Datenerhebung wie beispielsweise Interviews, Beobachtungen, Zeichnungen und Videoaufnahmen [72]. Interviews haben den Vorteil, durch direkte Kommunikation subjektive Informationen, Wissen und Meinungen der interviewten Personen tiefgründig zu erfassen [73]. Die gewonnenen Informationen können aufgezeichnet und somit auch nachvollzogen und reproduziert werden. Die generellen Vorteile von qualitativen Interviews im Vergleich zu quantitativen Befragungen liegen in ihrer Offenheit und Flexibilität während der Durchführung sowie der Schaffung einer alltagsnahen und somit eher vertrauten Gesprächsatmosphäre für den Interviewpartner. Die Begrenzung auf eine kleine, ausgewählte Personengruppe kann als Nachteil gewertet werden, jedoch kann der Forscher dadurch stärker in die Tiefe gehen. Dies ist bei qualitativen Interviews erwünscht [68]. Im Folgenden werden verschiedene Varianten des qualitativen Interviews genauer vorgestellt und auf die Sonderform des leitfadengestützten Experteninterviews eingegangen.

### 4.2.1 Einteilung von Interviews nach ihrem Grad der Strukturierung

Die Einteilungsmöglichkeiten für qualitative Interviews sind vielfältig. Eine gängige Unterscheidung erfolgt entsprechend ihres Strukturierungsgrades.

Das **nicht-strukturierte Interview** steht am Anfang einer Untersuchung und ist durch eine offene Fragestellung gekennzeichnet, die den Erzählfluss des Interviewten stimulieren soll. Die bekannteste Variante stellt das sogenannte narrative Interview dar. Ziel ist hier die Hypothesengenerierung. Der Interviewer nimmt vorwiegend die Rolle des Zuhörers ein und stellt Nachfragen zur Vertiefung von im Interview durch den Interviewten angesprochenen Aspekten [73]. Diese Form des Interviews eignet sich besonders zur Erörterung stattgefundenen Erlebnisse oder biografischer Besonderheiten. Sie ist durch eine große Breite und Tiefe der Informationen gekennzeichnet, da es dem Interviewten möglich ist, in eigenen Worten und umfassender auf offene Fragen zu reagieren. Dafür sind die Antworten nur in begrenztem Maße vergleichbar, der Interviewte berichtet vielmehr aus seinem eigenen subjektivem Erleben [68].

Das **strukturierte Interview** hingegen eignet sich vor allem zur Überprüfung von bereits bestehenden Hypothesen. Die Fragenformulierung ist eindeutig, das Themengebiet ist begrenzt. Das vorrangige Ziel dieser Interviewform stellt die Abfrage von Informationen bezüglich der Forschungsfrage dar. Dafür sind die Antworten der Interviewpartner eher vergleichbar. Diese Form der Interviews benötigt eine genaue theoretische Vorbereitung bezüglich des Forschungshintergrundes und der Interviewfragen [68].

Eine gängige Zwischenform stellt das **halbstrukturierte Interview** dar. Es dient zwar der Exploration von Sachverhalten, die bisher wenig erforscht sind, allerdings wird ähnlich wie

beim strukturierten Interview das Themengebiet im Vorfeld mehr oder weniger umfangreich eingegrenzt. Es findet eher zu Beginn von Forschungsprojekten Anwendung und hat die Generierung von Hypothesen für das entsprechende Themengebiet zum Ziel. Häufig wird ein Leitfaden als Methode zur Begrenzung genutzt, der richtungsweisende Punkte zu den als relevant eingeschätzten Themenaspekten enthält [74]. Der Leitfaden enthält einen offenen Erzählstimulus sowie weitere offene Fragen, deren Reihenfolge nicht zwingend festgelegt ist. Die Interviewsituation ist somit trotz der Eingrenzung des Themengebietes alltagsnah und ermöglicht weitere gezielte Nachfragen durch den Interviewer sowie Einbringung der subjektiven Sichtweise des Interviewten. Dadurch wird auch bei dieser Interviewform ein breiter und tiefgreifender Informationsgewinn generiert [68]. Eine Sonderform des halbstrukturierten Interviews stellt das leitfadengestützte Experteninterview dar. Diese Variante, die auch in dieser Arbeit Verwendung fand, wird im folgenden Kapitel ausführlicher erläutert.

#### **4.2.2 Das leitfadengestützte Experteninterview**

Die Besonderheit eines Experteninterviews besteht in der Auswahl der zu interviewenden Personengruppe. Bei diesen sogenannten Experten handelt es sich um Menschen, die auf einem definierten Interessengebiet über spezielles Wissen verfügen. Im Vergleich zum Laien zeichnen sie sich durch ihren Wissensstand auf diesem Gebiet aus. Zudem sind sie in der Lage, dieses Wissen zu reflektieren und sind an der praxisnahen Umsetzung des Wissens aktiv beteiligt. Ihr Wissen ist für einen gebietsübergreifenden Kontext relevant. Davon abzugrenzen sind Spezialisten, deren Definition lediglich auf Spezialwissen in Form besonderer fachspezifischer, also beruflicher Kompetenzen beruht. Diese Personengruppe ist jedoch nicht in die Umsetzung oder soziale Etablierung des Wissens involviert, sie nimmt dagegen beispielsweise eine beratende Funktion ein. Weiterhin abzugrenzen sind Personen, die eine reine Macht- oder Eliteposition einnehmen und lediglich aus diesem Grund manchmal im allgemeinen Sprachgebrauch als Experten bezeichnet werden. Ein Experte definiert sich somit sowohl über seine aktiv beteiligte Position im untersuchten Problemgebiet als auch über sein Sonderwissen in diesem Bereich [75].

Letztendlich erfolgt die Definition der Expertenbezeichnung durch den Forscher, in dem er das spezifische Interessengebiet festlegt und die Personen entsprechend der genannten Kriterien auswählt. Dabei muss bedacht werden, dass dadurch Auswahlfehler seitens des Forschers geschehen können. Es können einerseits Personen als Experten definiert werden, die diese Rolle nicht erfüllen, andererseits können weitere Experten außerhalb des entwickelten Rahmens existieren. Aus diesem Grund ist es von Bedeutung, dass sich der Forscher im Vorfeld des Auswahlprozesses umfassend mit der zu untersuchenden Thematik auseinandersetzt [76].

Experteninterviews eignen sich insbesondere für Studien, bei denen der Fokus auf dem Informationsgewinn aus einem begrenzt definierten Gebiet besteht, zu dem bestimmte Personengruppen in überwiegendermaßen Auskunft geben können. Das Forschungsgebiet dieser Arbeit beschränkt sich auf ein im Vorfeld definiertes Gebiet, die Weiterbildung Allgemeinmedizin im Teilbereich Erkrankungen des Bewegungsapparates. Für dieses Forschungsgebiet eignen sich nur Personen als Interviewpartner, die auch in diesen Bereichen arbeiten bzw. am Prozess der allgemeinmedizinischen Weiterbildung beteiligt sind und somit auch spezifisches Wissen auf diesem Gebiet besitzen. Aus diesem Grund bieten sich Experteninterviews für diese Studie in besonderem Maße an. Das vorrangige Ziel der Arbeit stellt der Gewinn von Informationen auf dem Forschungsgebiet dar, weshalb eine Strukturierung der Interviews mittels Leitfaden erfolgt. Biografische oder soziodemografische Daten sind als Kontextfaktoren von Bedeutung, stehen aber nicht im Vordergrund.

Da die Experten insbesondere über eigene Meinungen und Erfahrungen auf dem Forschungsgebiet sowie subjektives Prozesswissen berichten, sind ihre Aussagen nur schwer nachprüfbar. Dies stellt einen Nachteil von Experteninterviews dar. Auch Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit können verzerrend auf das Antwortverhalten wirken. Durch einen Leitfaden sind die Antworten der Experten in gewissem Maße besser einschätzbar, da sie zumindest bezüglich der in allen Interviews gleich gestellten Fragen begrenzt vergleichbar werden [76].

Eine gängige Unterscheidung bei leitfadengestützten Experteninterviews erfolgt nach Bogner in exploratives, systematisierendes oder theoriegenerierendes Vorgehen. Die explorativen Interviews sind durch einen relativ offenen Leitfaden gekennzeichnet, da das Ziel eine Hypothesengenerierung darstellt. Während der Erhebungsphase sind Anpassungen am Leitfaden möglich, um den Informationsgewinn zu erweitern. Bei systematisierenden Interviews ist der Leitfaden differenzierter und strukturierter. Grundlage bildet vorbestehendes Wissen, das systematisch untersucht werden soll. Theoriegenerierende Interviews dagegen haben einen kaum strukturierten Leitfaden und einen eher narrativen Interviewcharakter. Ihr Ziel ist vorrangig das Erfassen subjektiver Sichtweisen wie Handlungsbilder oder Wahrnehmungen [75].

Die vorliegende Arbeit stand am Anfang des Forschungsprozesses, es bestand wenig Vorwissen auf dem untersuchten Gebiet. Die generelle Anwendung eines Leitfadens war sinnvoll, da das Themengebiet in den Interviews fokussiert werden sollte. Ziel war eine Orientierung auf dem Forschungsfeld und eine Hypothesengenerierung. Dazu mussten die Interviews und somit auch der Leitfaden eher offen gestaltet sein. Es bot sich also ein theoriegenerierendes oder exploratives Vorgehen nach Bogner an.



### **4.2.3 Das Telefoninterview**

Das Telefoninterview stellt eine besondere Form der Befragung dar, die heutzutage immer häufiger genutzt wird. Die Vorteile liegen vor allem in der günstigen Erreichbarkeit der Interviewpartner sowie dem geringen Zeit- und Kostenaufwand auf beiden Seiten, beispielsweise in Form einer Anreise. Die Erreichbarkeit ist fast immer gegeben, da nahezu jeder ein Telefon besitzt. Telefoninterviews eignen sich besonders zur Überbrückung größerer geografischer Distanzen sowie für Personengruppen mit begrenzten zeitlichen Ressourcen. Die sprachliche Ebene bleibt bei einem Telefoninterview wie bei einem face-to-face-Interview erhalten. Der Nachteil von Telefoninterviews liegt im fehlenden Augenkontakt bzw. der fehlenden Nähe zwischen den Interviewpartnern. Die Interpretation von Antworten durch Beobachtung von Mimik und Gestik oder durch Einfluss von Sympathiefaktoren entfällt. Das kann zur Anonymisierung des Interviews und somit zum Verlust von Kontextdaten führen. Andererseits kann das Gefühl von Anonymität auch dazu führen, dass die Interviewpartner ehrlicher auf Fragen antworten, da der mögliche Einfluss der sozialen Erwünschtheit geringer ausfällt [68].

Da der Fokus der Studie im größeren Maße auf dem Informationsgewinn auf Basis des Expertenwissens und in nur geringerem Maße auf den Kontextfaktoren lag, spielte auch die fehlende visuelle Rückkopplung eine geringe Rolle. Die Überbrückung von geografischen Distanzen zur Einbeziehung von Experten aus anderen Bundesländern sowie die Ermöglichung von mehr Flexibilität für die Interviewpartner durch Anbieten eines Telefoninterviews stellten für diese Studie entscheidende Vorteile dar.

Die detaillierte Auswahl der Experten für die Interviews wird im folgenden Kapitel beschrieben.

## **4.3 Sampling**

Einige vorbereitende Schritte des Samplings und der Interviewplanung sowie -auswertung wurden in der Projektgruppe „Curricula-Entwicklung“ am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock (im Folgenden IAM) gemeinsam durchgeführt. Die Projektgruppe bestand zu diesem Zeitpunkt aus zwei Mitarbeitern des IAM Rostock sowie vier Studenten der Humanmedizin, die sich im Rahmen ihrer Dissertationen jeweils mit den Bereichen Pädiatrie, Psychiatrie, Anästhesiologie und Orthopädie der allgemeinmedizinischen Weiterbildung auseinandersetzten.

### **4.3.1 Vorüberlegungen zum Sampling**

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte mittels „purposeful sampling“. Das bedeutet eine zweckorientierte oder zielgerichtete Auswahl von Experten entsprechend des Forschungsgegenstandes [77]. Aufgrund der Eingrenzung dieser Studie auf den

orthopädischen Abschnitt in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung sollten die teilnehmenden Interviewpartner vorzugsweise in den Bereichen Allgemeinmedizin oder Orthopädie tätig sein, idealerweise sogar Erfahrungen mit der Arbeit in beiden Fachgebieten haben. Es wurden in besonderem Maße Personen gesucht, die direkten Kontakt zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung hatten.

Da die Ergebnisse dieser Arbeit zunächst für die Etablierung eines Curriculums in M-V genutzt werden sollten, lag der Fokus vor allem auf potenziellen Interviewpartnern aus diesem Bundesland.

Als eine wichtige zu untersuchende Gruppe sollten Allgemeinärzte kontaktiert werden. Darin wurde zwischen niedergelassenen Allgemeinärzten, universitär tätigen Allgemeinärzten und AiW unterschieden. Niedergelassene Allgemeinärzte können das Aufkommen von Krankheitsbildern des Bewegungsapparates in der allgemeinärztlichen Praxis sowie ihren Umgang mit diesen Patienten beschreiben. Bei vorhandener Weiterbildungsermächtigung können sie zusätzlich Einblicke in die Weiterbildung von Allgemeinärzten aus Sicht eines Weiterbilders geben. Zur Verdichtung und Erweiterung der Informationen sollten zudem Experten aus anderen Bundesländern hinzugezogen werden. Hier wurde Wert auf vorhandene Erfahrungen mit der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gelegt, aus diesem Grund boten sich in besonderem Maße universitär tätige Allgemeinärzte verschiedener Universitäten an. Durch ihre direkte Involvierung in die jeweiligen Weiterbildungsabläufe anderer Bundesländer wurde die Meinung dieser Personen als besonders interessant im Kontrast zu M-V erachtet. AiW sind am dichtesten am eigentlichen Weiterbildungsablauf beteiligt und können so aus eigener Erfahrung über positive und negative Erlebnisse aus diesen Bereichen berichten. Wenn sie bereits einen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt absolviert haben, sind ihre gewonnenen Erfahrungen von besonderer Bedeutung.

Fachärzte für Allgemeinmedizin, die abseits einer Praxis beispielsweise in Krankenhäusern oder außerhalb der Primärversorgung arbeiteten, wurden aufgrund der Seltenheit ihres Vorkommens und ihrer Entfernung zum Ziel dieser Studie außer Acht gelassen.

Als weitere Gruppe wurden Fachärzte für Orthopädie ausgewählt. Darin wurde zwischen niedergelassenen Orthopäden und universitär tätigen Orthopäden unterschieden. Die niedergelassenen Orthopäden können über ihre Erfahrungen im Umgang mit Allgemeinärzten als Kollegen und deren Patienten berichten. Sie sehen durch die zu ihnen überwiesenen Patienten, an welcher Stelle die niedergelassenen Allgemeinärzte ihre Behandlung von Krankheitsbildern des Bewegungsapparates abgeben und wo vielleicht Wissenszuwachs auf allgemeinmedizinischer Seite möglich wäre. Bei ebenfalls vorhandener Weiterbildungsermächtigung können diese Orthopäden zusätzlich über ihre Erfahrungen mit den AiW berichten und praktische Umsetzungsmöglichkeiten bezüglich des Weiterbildungsabschnittes beurteilen. Bei den universitär tätigen Orthopäden wurde

besonders auf eine vorhandene Weiterbildungsermächtigung geachtet, da sie dann von Erfahrungen wie der bereits erläuterten niedergelassenen Orthopäden berichten können. Da es in der Bundesrepublik, bis auf Berlin, kein weiteres Bundesland mit einem orthopädischen Pflichtabschnitt und somit keinen direkten Kontakt von Orthopäden mit AiW gibt, wurde sich bei der Auswahl der orthopädischen Experten auf M-V beschränkt. Andere Orthopäden aus dem universitären oder klinischen Arbeitsbereich wurden ausgeschlossen, da sie zu wenige Kontaktpunkte mit dem Thema dieser Studie besitzen. Die ausgewählten Expertengruppen werden in Abbildung 12 noch einmal zusammenfassend dargestellt:



Abbildung 12: ausgewählte Expertengruppen

Da andere Facharztgruppen aufgrund ihrer Spezialisierung keine Beziehungen zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung im Teilbereich Orthopädie haben, wurden diese aus der Auswahl ausgeschlossen.

Durch die Eingrenzung des Samples auf die dargestellten Berufsgruppen sollten möglichst kontrastreiche relevante Sichtweisen berücksichtigt und somit eine hohe Dichte an Informationen generiert werden, die wiederum für die Bildung von Hypothesen in dieser Arbeit von besonderer Bedeutung waren. Auf diese Weise wurde eine tiefergreifende Analyse von weniger Daten mit jedoch höherem, auf die Fragestellung dieser Arbeit konzentrierten, Informationsgehalt möglich [78].

#### 4.3.2 Die Auswahl des Samples

Zur Auswahl möglicher Experten erstellten die Teilnehmer der Projektgruppe „Curricula-Entwicklung“ eine Liste aller Allgemeinärzte mit Weiterbildungsermächtigung in und um Rostock sowie in M-V. Des Weiteren wurden alle Kontaktdaten von allgemeinmedizinischen Instituten außerhalb von M-V in die Liste aufgenommen. Um die teilnehmenden Interviewpartner nicht zu überlasten, wurde jeder Experte von nur einem Projektmitglied kontaktiert und in dessen Studie miteinbezogen. Ergänzungen der Listen, vor allem um Orthopäden aus Rostock, erfolgten durch die Recherche der Autorin sowohl mit Hilfe der

Ärztessuche auf der Webseite der Kassenärztlichen Vereinigung M-V als auch über die Webseiten der Institute für Allgemeinmedizin der medizinischen Fakultäten in Deutschland. Außerdem wurden durch das IAM Rostock Kontaktdaten von AiW nach ihrer Zustimmung an die Autorin weitergegeben. Es wurden sowohl AiW mit als auch ohne absolvierten orthopädischen Weiterbildungsabschnitt in die Studie einbezogen, da gerade letztere von eigenen Defiziten auf dem Gebiet der Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie Wünschen bezüglich eines Curriculums berichten können.

Um eventuelle Einflüsse einer persönlichen Beziehung zwischen Interviewerin und interviewter Person auszuschließen, wurden nur Experten in die Studie einbezogen, zu denen die Autorin im Vorfeld keinen Kontakt hatte.

Mittels des purposeful samplings sollte sichergestellt werden, dass aus allen genannten Bereichen in Kapitel 4.3.1 mindestens ein Experte an der Studie teilnahm, um die oben genannten Sichtweisen bestmöglich einzubeziehen. Aus jedem der Bereiche wurde zunächst ein Experte postalisch in Form eines Anschreibens auf das Projekt aufmerksam gemacht und anschließend telefonisch bzw. bei Nichterreichbarkeit per Email kontaktiert. Als häufigster Grund einer Nichtteilnahme wurden beschränkte zeitliche Kapazitäten angegeben, sodass die Rekrutierungsschreiben im Verlauf an mehrere der gelisteten potenziellen Interviewpartner parallel adressiert wurden.

Aufgrund der geringen Anzahl an Orthopäden in M-V, von denen nur wenige eine Weiterbildungsermächtigung besaßen, wurden auch Orthopäden ohne Weiterbildungsermächtigung in die Studie miteinbezogen.

Insgesamt wurden 21 von 28 gelisteten potenziellen Interviewpartnern erreicht, von denen 16 einem Interview zustimmten. Gründe für eine Nichtteilnahme waren fehlendes Interesse am Untersuchungsgegenstand, Terminprobleme und Nichterreichbarkeit bzw. fehlende Rückmeldung.

#### **4.3.3 Die Struktur des Samples**

Insgesamt hatten 16 Experten einem Interview zugestimmt, davon wurden zehn als face-to-face und sechs als Telefoninterview durchgeführt. Bei den Interviewpartnern, die an der Studie teilnahmen, handelte es sich um vier Allgemeinärzte aus dem universitären Arbeitsfeld, vier niedergelassene Allgemeinärzte und drei AiW sowie vier niedergelassene Orthopäden und ein Orthopäde aus dem universitären Arbeitsfeld.

In der Tabelle 5 dargestellt sind die Merkmale der einzelnen Fachgruppenvertreter sowie weitere persönliche Informationen über die befragten Experten, die mithilfe eines Fragebogens

(siehe Anhang) während der Interviews erfasst wurden und für die spätere Auswertung und Interpretation der Ergebnisse als kontextbeschreibende Daten von Bedeutung waren<sup>10</sup>:

	Interviewpartner
<b>Expertengruppe</b>	
Niedergelassene AM	4
Universitär-tätige AM	4
AiW	3
Niedergelassene Orthopäden	4
Universitär-tätige Orthopäden	1
<b>Geschlecht</b>	
Weiblich	5
Männlich	11
<b>Alter</b>	
<45 Jahre	8
>45 Jahre	8
<b>Niederlassung</b>	
<10 Jahre	4
>10 Jahre	8
<b>Kontakt mit Orthopädie in AM-WB</b>	9
<b>WB-Ermächtigung</b>	11
<b>Gesamt</b>	16

Tabelle 5: Struktur und Merkmale des Samples, WB = Weiterbildung, AM = Allgemeinarzt

Von den acht niedergelassenen bzw. Allgemeinärzten aus dem universitären Arbeitsfeld hatten alle eine Weiterbildungsermächtigung. Sieben von ihnen hatten Orthopädie in ihrer eigenen Weiterbildungszeit absolviert und boten somit die Möglichkeit eines zusätzlichen Informationsgewinns anhand eigener Erlebnisse, zwei davon erwarben ihre Kenntnisse bezüglich der Erkrankungen des Bewegungsapparates im Bereich der Unfallchirurgie<sup>11</sup>. Einer davon hatte zunächst eine Weiterbildung zum Unfallchirurgen begonnen und in diesem Bereich mit besonders vielen Krankheitsbildern des Bewegungsapparates Kontakt gehabt, bevor er in die Allgemeinmedizin wechselte, sodass anzunehmen war, dass er erweiterte Kenntnisse auf dem Gebiet dieser Erkrankungen besäße und zusätzliche Aspekte zum orthopädischen Weiterbildungsabschnitt beleuchten könne. Alle Allgemeinärzte aus dem universitären Arbeitsfeld waren zusätzlich zu ihrer akademischen Tätigkeit niedergelassen bzw. in einer Praxis angestellt, sodass auch sie Erfahrung in der alltäglichen Arbeit der Niederlassung besaßen. Von den drei AiW hatten zwei den Pflichtabschnitt Orthopädie bereits

<sup>10</sup> Im verwendeten Fragebogen wurden auch der Studienort sowie erlangte Zusatzqualifikationen während der ärztlichen Tätigkeit erfasst. Da die Relevanz dieser Angaben für die vorliegende Arbeit zu vernachlässigen sind, werden sie in Tabelle 5 nicht weiter betrachtet.

<sup>11</sup> Die beiden Fachgebiete werden seit 2005 unter einem gemeinsamen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammengefasst, siehe auch [29, p. 44ff]

abgeschlossen, einer hatte durch die alte Weiterbildungsordnung keinen direkten Kontakt zur Orthopädie.

Von den vier niedergelassenen Orthopäden hatten zwei durch eine Weiterbildungsermächtigung Kontakt mit AiW, die weiteren niedergelassenen Orthopäden besaßen keine Weiterbildungsermächtigung. Ein Orthopäde berichtete zudem darüber, dass er über erweiterte Kenntnisse der allgemeinmedizinischen Arbeit verfüge, da er selbst einen Allgemeinarzt als nahen Verwandten habe. Der Orthopäde aus dem universitären Arbeitsfeld war ebenfalls direkt in die allgemeinmedizinische Weiterbildung involviert, wenn die Allgemeinärzte ihren orthopädischen Abschnitt in der Klinik absolvierten.

Insgesamt wurde davon ausgegangen, dass aufgrund des medizinisch-fachlichen Themas die persönlichen Merkmale der Interviewpartner eher weniger Einfluss auf die Haltung zum Forschungsgegenstand hatten. Im Folgenden wird jedoch diskutiert, welche Merkmale eventuell eine unterschiedliche Haltung unterstützen könnten.

Es wurde darauf geachtet, dass sowohl Frauen als auch Männer an der Studie teilnahmen, um einen Einfluss des Geschlechts zu reduzieren. In der Gruppe der Allgemeinärzte wurde eine relativ ausgeglichene Verteilung erreicht. Für die Gruppe der Orthopäden konnte, trotz einer Überzahl männlicher Kollegen in der gesamten Facharztgruppe, auch eine Frau gewonnen werden.

Auch das Alter der Interviewpartner kann einen Einfluss auf ihre Meinung zum Forschungsgegenstand haben. Ein höheres Alter ist meistens mit längerer Berufserfahrung, aber auch größerer Entfernung und somit häufig größerem Unterschied der eigenen Weiterbildung im Vergleich zum jetzigen Weiterbildungsablauf, verbunden. Es wurde darauf geachtet, dass sowohl ältere als auch jüngere Experten an den Interviews teilnahmen.

Ein ähnliches Merkmal stellen die Niederlassungsjahre dar. Mehr Jahre sind ebenfalls mit mehr Berufserfahrung und einem eher höheren Alter assoziiert. Diese konnten für AiW sowie Orthopäden, die an einer Universität tätig waren, aufgrund fehlender Niederlassung nicht betrachtet werden.

Im folgenden Kapitel 4.4 wird nun auf die Konstruktion und Anpassung des Interviewleitfadens eingegangen.

#### **4.4 Konstruktion und Anpassung des Leitfadens**

Vor der Interviewphase wurden vom IAM Rostock 2011 Workshops zur Interviewvorbereitung, -führung sowie -auswertung veranstaltet, um die Interviewer bestmöglich auf diese Aufgaben vorzubereiten.

Zu Beginn des Projektes wurde aufgrund von kaum vorhandenen Studien zu dem untersuchten Thema zunächst auf eine eher narrative Fragestellung zurückgegriffen. Dahinter stand die Idee, einen möglichst offenen und freien Erzählstimulus zu setzen, ohne die

Interviewpartner bereits im Vorfeld durch richtungsweisende Fragen in ihrem Erzählfluss einzuschränken. Das Ziel war eine möglichst breite Informationssammlung auf Basis der eigenen Erfahrungen und Ideen der Experten zu dem untersuchten Thema.

Diese Erzählaufforderung wurde zusammen mit einer Auswahl an Nachfragen im Rahmen der Projektgruppe „Curricula-Entwicklung“ auf Basis der Forschungsfrage sowie der theoretischen Grundlagen aus den Workshops entworfen und diskutiert. Es wurde der interviewten Person zu Beginn in wenigen einführenden Sätzen das Ziel der Studie erläutert (siehe Anhang). Als Erzählstimulus wurde zunächst folgende Formulierung für alle Zielgruppen verwendet:

*„Die Weiterbildungsordnung für das Fach Allgemeinmedizin sieht in Mecklenburg-Vorpommern drei Monate für Orthopädie vor. Mich interessieren Ihre Gedanken dazu. Was geht Ihnen dazu aus Ihrer Perspektive als Hausarzt/Orthopäde/Allgemeinmediziner in Weiterbildung durch den Kopf? Erzählen Sie doch mal!“*

Interne Nachfragen ergaben sich aus den vom Interviewer getätigten Stichpunkten und erfolgten dann, wenn Aussagen beispielsweise mehrere Interpretationsmöglichkeiten zuließen oder Ausführungen nicht verständlich waren.

Es wurden zunächst drei externe Nachfragen in den Leitfaden aufgenommen (siehe Anhang). Diese bezogen sich auf Erfahrungen der Interviewpartner mit der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und Erkrankungen des Bewegungsapparates aus ihrer jeweiligen fachspezifischen Sicht. Alle Expertengruppen wurden gefragt, was AiW ihrer Meinung nach im Bereich dieser Erkrankungen erlernen sollten. Spezifische Nachfragen für Allgemeinärzte bezogen sich auf eigene Erfahrungen mit diesem Bereich in ihrer Weiterbildung. Sie sollten Ideen und Wünsche für einen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt äußern. Nachfragen für orthopädische Experten richteten sich auf ihre Erfahrungen mit Allgemeinärzten bezogen auf ihr Fachgebiet und kritische Verbesserungsvorschläge aus orthopädischer Sicht.

Zunächst wurde durch das IAM Rostock Kontakt zu einem AiW hergestellt, der sich zu einem Pilotinterview bereit erklärte. Nach Durchführung dieses Pilotinterviews wurde es im Rahmen der Projektgruppe „Curricula-Entwicklung“ des IAM Rostock ausgewertet.

Im Verlauf der ersten vier Interviews stellte sich die Formulierung des Erzählstimulus als problematisch heraus. Der Erzählstimulus generierte nicht wie erwartet einen Erzählfluss, sondern die interviewten Personen stellten häufig Gegenfragen und verlangten eine Konkretisierung der Fragestellung und des Themenbereiches. Als Problem wurde vor allem der Zeitfaktor erkannt, da die Interviews auf Wunsch der Experten größtenteils während der Arbeitszeit durchgeführt wurden. Durch die berufliche Belastung der Experten und die für sie nicht absehbare Dauer des Interviews wurde für die Experten der Eindruck einer Unverhältnismäßigkeit erweckt. Während der Interviewverläufe waren zudem umfangreiche Nachfragen durch den Forscher notwendig, um eine gewisse Breite und Tiefe an Informationen zu erlangen. Diese Erfahrungen wurden auch von den Interviewern der anderen Teilprojekte gemacht. Um eine höhere Informationsdichte zu erreichen und die

Datengewinnung effizienter zu gestalten, entschieden sich die Teilnehmer der Projektgruppe „Curricula-Entwicklung“ für die Anpassung der Interviewform. Es wurde ein stärker strukturierter Leitfaden im Sinne eines teilstrukturierten, aber explorativen Interviews nach Bogner entwickelt (siehe Kapitel 4.2.2), der im Rahmen der Projektgruppe überprüft und angepasst wurde. Zur Formulierung der Fragen wurde auf die „educational agenda“ der EURACT (siehe Kapitel 2.1.1.3) zurückgegriffen. Mit den darin enthaltenen Anforderungen an ein Curriculum für die allgemeinmedizinische Weiterbildung sollte sichergestellt werden, dass das gewonnene Informationsspektrum aus den Interviews diesen Standards genüge (siehe auch Kapitel 3). Durch die Anpassung und Konkretisierung der Nachfragen (siehe Anhang) konnten die Folgeinterviews diesem Anspruch gerecht werden. Folgender Erzählstimulus wurde nun gesetzt:

*„Erzählen Sie mir bitte aus Ihrer Perspektive als Hausarzt/Orthopäde/Allgemeinmediziner in Weiterbildung, welche Inhalte der Orthopädie Sie für einen Allgemeinmediziner als nützlich oder relevant erachten!“*

Mithilfe dieser Erzählaufforderung konnte nun ein kontinuierlicher Erzählfluss generiert und ein größeres Spektrum an Informationen gewonnen werden. Es wurden externe Nachfragen nach dem Ort der Weiterbildung oder der Dauer des Abschnittes sowie nach begleitenden Theoriemaßnahmen in den Leitfaden mitaufgenommen. Die Interviews zeichneten sich danach durch eine höhere Effizienz der Befragung im Sinne eines breiten und tiefen Informationsgewinns in kürzerem Zeitraum aus. Insgesamt konnte trotz des höheren Aufwandes bei der Durchführung der ersten Interviews eine den Standards der „educational agenda“ entsprechende Datenqualität erreicht werden, sodass auch diese in die Analyse übernommen werden konnten.

## **4.5 Durchführung der Interviews**

Die Interviews wurden durch die Autorin durchgeführt und dauerten 18 bis 45 Minuten, im Mittel 28 Minuten. Ein Zusammenhang zwischen der Dauer eines Interviews und der Expertengruppe konnte nicht identifiziert werden.

Die Wahl des Ortes der Interviewdurchführung stand den Experten frei. Eine gewohnte Umgebung sollte die Interviewsituation angenehmer gestalten [68]. Ein Großteil der Interviews fand am Arbeitsplatz der Experten statt. Mit den Experten außerhalb von Rostock wurden Telefoninterviews geführt. Ein Experte aus Rostock nahm diese Alternative aufgrund von häufigen Wechseln zwischen verschiedenen Praxisstandorten sowie starker beruflicher Eingebundenheit ebenfalls in Anspruch. Negative Aspekte hinsichtlich der Durchführung und Qualität der Interviews im Unterschied zu den face-to-face Interviews konnten von der Autorin nicht festgestellt werden.



Vor dem Interview wurden von den Interviewpartnern eine Datenschutz- sowie eine Einverständniserklärung zur anonymisierten Weiterverarbeitung der Daten unterschrieben. Damit wurde den teilnehmenden Experten versichert, dass mittels der erfassten und für die Studie verwendeten Daten kein Rückschluss auf ihre Identität möglich ist. Die Interviews wurden unter Zustimmung der Interviewten mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Nach Beendigung des Interviews erfolgte mit Zustimmung des Interviewpartners die Erfassung von sozio-demografischen Daten der interviewten Person in einem Fragebogen (siehe Anhang und Kapitel 4.3.3 Tabelle 5).

Nach dem Abschluss des Gespräches wurde durch die Autorin ein Gedächtnisprotokoll, ein sogenanntes Memo, erstellt, um Kontextfaktoren wie persönlichen Eindrücke der Interviewsituation, der interviewten Person sowie erste Auswertungsideen festzuhalten. Das Erstellen eines Memos direkt nach dem Interview ist besonders wichtig, da die Eindrücke und Erinnerungen noch besonders frisch sind und später als Gedächtnisstütze bei der Interpretation dienen sollen. Häufig entspannte sich die Interviewsituation nach Abschalten des Diktiergerätes und es wurden noch Informationen ausgetauscht. Diese Zusatzinformationen können Hilfe bei der Beurteilung von bestimmten Aussagen sowie bei der Rekonstruktion der Interviewsituation bieten [68]. Diese erfassten Kontextfaktoren stellen zudem die Nähe zum Gegenstand als Gütekriterium der qualitativen Sozialforschung sicher (siehe Kapitel 4.1.1).

Die Durchführung und Auswertung der Interviews erfolgte, bis ein Zustand der theoretischen Sättigung identifiziert werden konnte. Das bedeutet, dass mit der Durchführung weiterer Interviews keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden können [79]. Die theoretische Sättigung kann durch das parallele Analysieren des Datenmaterials während der Datenerhebung identifiziert werden. Dazu wurden Interviews mit möglichst unterschiedlichen Experten durchgeführt und bereits während des Interviewprozesses ausgewertet. Dieses Verfahren testet die Sättigung in möglichst großer Datenbreite und –tiefe [80]. Wenn sich innerhalb einer Expertengruppe kein Informationsgewinn mehr abzeichnete, also eine entstandene Kategorie sich nicht mehr veränderte, wurden entsprechend andere Experten ausgewählt, bis sich bei allen Expertengruppen ein Zustand der theoretischen Sättigung identifizieren ließ. Insbesondere in der Gruppe der Orthopäden ähnelten sich die inhaltlichen Aussagen schnell, sodass bereits nach Interviews mit vier orthopädischen Experten der Zustand der theoretischen Sättigung eintrat.

Nach Durchführung eines Interviews wurde das Datenmaterial entsprechend aufbereitet.

## 4.6 Aufbereitung des Datenmaterials

Allen Experten wurde bei Teilnahme am Interview ein Pseudonym zugewiesen. Im weiteren Verlauf der Studie wurden ausschließlich die Pseudonyme verwendet, um keine Rückschlüsse auf den Namen oder die Herkunft der interviewten Person zuzulassen. Der Code des Pseudonyms repräsentierte die Projektzugehörigkeit „Curricula-Entwicklung“ (kurz CUR) am IAM Rostock, das Teilprojekt Fachrichtung Orthopädie (kurz O), die Interviewnummer sowie die Expertengruppe:

Projektzugehörigkeit:	CUR
Fachrichtung:	O = Orthopädie
Interview ID:	01, 02, 03 ...
Spezialisierung/ Ausbildungsstand:	H = Facharzt für Allgemeinmedizin SN = Spezialist in der Niederlassung AO = „akademischer Orthopäde“ AALL = „akademischer Allgemeinarzt“ W = Allgemeinarzt in Weiterbildung

Abbildung 13: Entstehung eines Pseudonyms

Das Pilotinterview wurde mit einem AiW durchgeführt. Das entsprechende Pseudonym lautete demnach „CUR\_O\_01\_W“.

Die Interviews wurden mit Hilfe eines Diktiergerätes digital erfasst und im Nachhinein auf einem Computer gespeichert. Durch die Aufzeichnung eines Gespräches wird die Erstellung eines Transkriptes ermöglicht und der Informationsverlust minimiert, der bei der ausschließlichen Anfertigung eines Gedächtnisprotokolls unvermeidbar wäre. Auf diese Weise können auch spezielle Formulierungen sowie die Betonung von Wörtern und die damit ausgedrückten Emotionen festgehalten werden [81].

Von einem der Interviewpartner wurde die Audioaufzeichnung mittels Diktiergerät aus Sorge um Anonymität und Datensicherheit trotz der unterzeichneten Erklärungen abgelehnt, sodass ausschließlich ein Gedächtnisprotokoll angefertigt werden konnte. Aufgrund der relevanten enthaltenen Informationen wurde dieses Interview trotzdem in die Analyse miteinbezogen.

Mithilfe des Fragebogens und des Memos erfassten und anonymisierten Daten (siehe Kapitel 4.3.3 und 4.5) wurden für die Sortierung und weitere Auswertung in eine Excel-Tabelle übertragen.

Die Audiofassungen der Interviews mit den Längen von 18 bis 45 Minuten wurden parallel zur Datenerhebungsphase von der Autorin mit Hilfe der Software „f4“<sup>12</sup> computergestützt transkribiert. Um Fehler bei der Transkription zu minimieren, wurde durch Mitarbeiter des IAM

---

<sup>12</sup> Bei f4 handelt es sich um eine Software zur Erleichterung der Transkription von Audiodateien, u.a. mit Rückspul-, Pausier- und Tempoänderungsfunktionen, siehe [91]

Rostock eine Schulung zur Interview-Transkription durchgeführt. Die Transkription der Interviews wurde mittels der Transkriptionsvorlage „Transkription von Interviews“ von Hautz und Hartmann 2010 [82] durchgeführt und dauerte je nach Länge der Audiodatei zwischen drei und sechs Stunden. Dabei wurde alles Gesprochene wortwörtlich in einem Textdokument erfasst und Unterbrechungen sowie unverständliche Passagen dokumentiert. Der Zeitaufwand für die Transkription ist enorm, jedoch für die weitere computergestützte Auswertung der Daten unumgänglich. Auf diese Weise wird ein elektronisches Textdokument zur weiteren Verarbeitung generiert [83].

## **4.7 Qualitative Inhaltsanalyse**

Nach der ausführlichen Darstellung des Samplings sowie der Datenerhebung wird nun auf die Analyseschritte im Detail eingegangen. In diesem Kapitel werden die Gründe für die Auswahl der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt. Im Speziellen wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet, die genauer vorgestellt und in ihrer praktischen Umsetzung anhand dieser Studie erläutert wird.

Die Ursprünge der qualitativen Inhaltsanalyse liegen im 20. Jahrhundert. Vor allem im deutschsprachigen Raum wurden die verschiedenen Ansätze durch Philipp Mayring in dem heute bekanntesten Konzept der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring 2000 und 2010 vereint und weiterentwickelt. Dieses häufig synonym für die qualitative Inhaltsanalyse verwendete Konzept hat die Basis für die Entwicklung vieler weiterer Varianten anderer Autoren gebildet. Häufig handelt es sich dabei nicht um eigenständige Verfahren, sondern um Abwandlungen einzelner Schritte der Inhaltsanalyse [84]. In dieser Arbeit wird sich im Folgenden nur auf die bekannteste Version der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring bezogen.

### **4.7.1 Merkmale der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring**

Der Grundgedanke der qualitativen Inhaltsanalyse besteht in der systematischen Textanalyse analog zu quantitativen Auswertungsverfahren unter Beibehaltung wesentlicher Merkmale der qualitativen Sozialforschung (siehe Kapitel 4.1.1). Vorrangiges Ziel stellt die Extraktion von Informationen vor allem aus Textmaterial dar. Dabei erfolgt die Vereinheitlichung und Verallgemeinerung der Informationen nach festgelegten Regeln zur systematischen Weiterverarbeitung [85].

Wie bereits in Kapitel 4.1.2 ausführlich anhand der qualitativen Sozialforschung beschrieben, nutzt die qualitative Inhaltsanalyse die Komplexität und die Sinnzusammenhänge von Informationen. Die Interpretation der Informationen erfolgt im Kontext des Materials, die Entwicklung von Hypothesen und Theorien während der Analyse [80]. Dennoch bedient sich die qualitative Inhaltsanalyse auch einigen quantitativen Schritten während des

Analyseprozesses. Diese spiegeln sich vor allem in der systematischen Herangehensweise, wie etwa der Formulierung von Regeln und Ablaufprozessen, wider. Dadurch wird sie transparent und nachvollziehbar für andere (siehe Gütekriterien qualitativer Sozialforschung Kapitel 4.1.2). Insgesamt eignet sich die qualitative Inhaltsanalyse insbesondere zur Auswertung von halbstrukturierten, qualitativen Interviews mit einer noch wenig untersuchten Forschungsfrage und dem Ziel einer Hypothesengenerierung. Sie ist dagegen nicht für sehr offene Fragestellungen geeignet, deren Antworten durch die Einordnung in Kategorien begrenzt würden [82]. Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine explorative Studie zu einer konkreten Forschungsfrage handelt, wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewählt. Sie ermöglicht die systematische Auswertung des Materials ohne Einschränkung von Offenheit und Flexibilität qualitativer Methodik [85]. Diese Merkmale werden im Folgenden durch die Skizzierung des generellen Analyseablaufes nach Mayring verdeutlicht:

Ein Merkmal der strukturierten Vorgehensweise ist das theoriegeleitete Vorgehen. Die theoretischen Vorüberlegungen und der Stand der Forschung stellen die Grundlage für den Analyseprozess dar und werden in alle Schritte miteinbezogen. Das bedeutet auch, dass im Vorfeld die Fragestellung auf theoretischer Grundlage genau definiert und die Richtung der Analyse vorgegeben werden muss [85].

Weitere Merkmale der qualitativen Inhaltsanalyse bilden das systematische und regelgeleitete Vorgehen. Im Vorfeld der Analyse werden Interpretationsregeln zur Textanalyse sowie ein Ablaufmodell für die Analyse erstellt, die an das jeweilige Material und die Fragestellung angepasst sind. Das Ablaufmodell hat einzelne festgelegte Schritte, jeder einzelne Analyseschritt hat eine Regel zur Grundlage [85].

Mayring beschreibt verschiedene inhaltsanalytische Techniken, die durch ihre unterschiedlichen Interpretationsansätze und Ablaufmodelle gekennzeichnet sind. Dabei handelt es sich um die Techniken der Zusammenfassung, der Explikation und der Strukturierung [85]. Diese drei Grundformen werden durch Mayring wie folgt definiert:

**Zusammenfassung:** Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.

**Explikation:** Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen, ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.

**Strukturierung:** Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.

[85, p. 65]

Die Technik der Zusammenfassung erfasst wesentliche Inhalte, ohne dabei die Bedeutung des Ausgangsmaterials zu verändern. Dies geschieht durch Reduktion mehrerer, inhaltlich gleicher Textstellen in Interviews auf eine vereinende Aussage. Ihr Merkmal ist die induktive

Kategorienbildung, dabei stellen die Kategorien das Ergebnis des Analyseprozesses dar und fassen die wesentlichen Inhalte des Interviews zusammen. Bei der Explikation sollen einzelne Textbausteine genauer untersucht und durch zusätzlich einbezogenes Material weitergehend interpretiert werden. Das erfolgt zum Beispiel durch Einbeziehung der Biografie einer Person. Die Technik der Strukturierung arbeitet Strukturen im Material heraus, die es in einer bestimmten Weise einteilen oder schematisieren. Sie ist durch eine deduktive Kategorienbildung gekennzeichnet, die Kategorien werden also im Voraus auf theoretischen Grundlagen wie etwa vorbestehender Literatur definiert [85].

Diese Studie orientierte sich an dem Ansatz der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Diese Methode der Auswertung bot sich für diese explorative Studie an, da ihr Ziel die Zusammenfassung der inhaltlichen Aussagen der interviewten Personen bezogen auf die Forschungsfrage darstellte. Konkret sollten Themenfelder entwickelt werden, die Experten für die Weiterbildung Allgemeinmedizin als wichtig erachten, um diese für ein Curriculum bereitzustellen. Mit der Technik der Zusammenfassung blieb die Offenheit für die Kategorienentwicklung am Material erhalten [83].

Im folgenden Kapitel wird die ausgewählte inhaltsanalytische Technik dargestellt und der Ablauf der eigenen Analyse dieser Studie in Einzelschritten erläutert.

#### 4.7.2 Das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring und die Umsetzung in dieser Studie

Der grundsätzliche Analyseprozess ist in Abbildung 14 dargestellt. Anhand dieses Prozesses wird im Folgenden der Analyseablauf anhand dieser Studie erläutert.

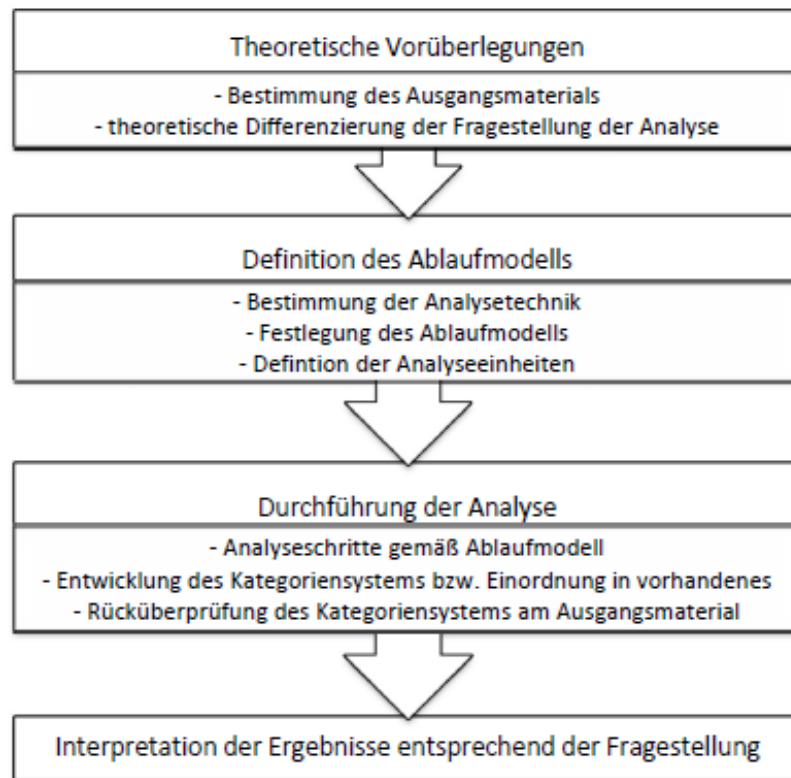


Abbildung 14: Grundsätzlicher Ablauf der Inhaltsanalyse n. Mayring, abgeleitet aus [85, p. 60], Abb. 8

##### 4.7.2.1 Theoretische Vorüberlegungen

Als Ausgangsmaterial wurden die durchgeführten Interviews verwendet. Die in Form von Fragebögen und Memos erfassten Kontextfaktoren wurden in die Analyse und Interpretation miteinbezogen. Die Analyse wurde auf Basis der theoretischen Grundlagen und der Forschungsfrage durchgeführt (für die theoretische Differenzierung siehe Kapitel 3).

Im Vorfeld der Analyse wurde die Autorin gemeinsam mit den anderen Mitgliedern des Projektes „Curricula-Entwicklung“ in Form von Workshops zur Datenaufbereitung und zur qualitativen Inhaltsanalyse geschult. Alle folgenden Analyseschritte wurden durch die Autorin selbst durchgeführt und abschnittsweise durch die Teilnehmer des Projektes vergleichend analysiert, damit wurde die Interkoderreliabilität gewährleistet (siehe Kapitel 4.1.1).

##### 4.7.2.2 Definition des Ablaufmodells

###### *Bestimmung der Analysetechnik*

Als inhaltsanalytische Technik wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse ausgewählt (siehe Kapitel 4.7.1).

### *Festlegung des Ablaufmodells*

Die Reihenfolge der Analyseschritte wurde durch ein Ablaufmodell genau vorgegeben. Im Rahmen dieses Ablaufmodells erfolgte die Kategorienentwicklung anhand von Interpretationsregeln. Hier finden sich auch die für die qualitative Forschung typische Offenheit und Flexibilität der Methode wieder (siehe Kapitel 4.1.1 und 4.7.1).

Das spezifische Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse beinhaltet die entsprechenden Interpretationsregeln (auch Z-Regeln genannt, siehe Anhang) und ist in Abbildung 15 aufgeschlüsselt:

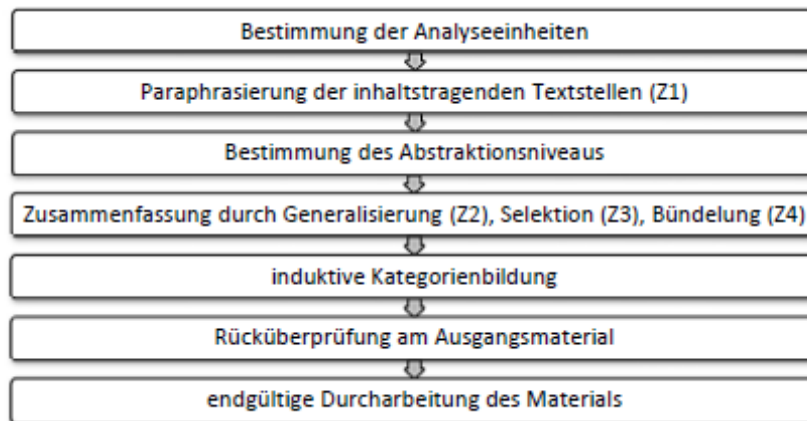


Abbildung 15: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse abgeleitet aus [85, p. 68], Abb. 10

Durch die festgelegten Analyseschritte wird der Analyseprozess für andere nachvollziehbar. Diese Regelgeleitetheit sowie die intersubjektive Nachvollziehbarkeit stellen Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse dar (für Gütekriterien qualitativer Sozialforschung siehe Kapitel 4.1.1).

### *Definition der Analyseeinheiten*

Zunächst wurde der Text durch Definition von Analyseeinheiten in Kleinstabschnitte zerlegt, die die Grundlage für den weiteren Analyseprozess bilden. Mayring definiert diese wie folgt:

*Die **Kodiereinheit** legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.*

*Die **Kontexteinheit** legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.*

*Die **Auswertungseinheit** legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.*

[85, p. 59]

Bei der Kodiereinheit handelt es sich beispielsweise um eine einzelne Aussage innerhalb eines Interviews. Die Kontexteinheit kann dann als das gesamte Interview definiert werden. Die Auswertungseinheit ist dann zum Beispiel die zeitliche Reihenfolge aller Interviews. Durch die

Definition von Analyseeinheiten wird der Text strukturiert und für die systematische Weiterverarbeitung aufbereitet [85].

In Bezug auf die vorliegende Studie entsprach die Kodiereinheit jeder Aussage eines Experten zu der Weiterbildung Allgemeinmedizin oder zu Erkrankungen des Bewegungsapparates. Ein Beispiel für eine Kodiereinheit ist die Antwort eines interviewten Allgemeinarztes auf die Einstiegsfrage (siehe Anhang): „Also ganz wichtig sind Untersuchungstechniken“ [CUR\_O\_12\_H].

Im Rahmen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse fallen Kontext- und Auswertungseinheit zusammen [85], in dieser Arbeit handelte es sich dabei um das einzelne Interview bzw. im späteren Durchgang um alle Interviews.

Die weiteren Schritte des in Abbildung 15 dargestellten Ablaufmodells werden im folgenden Kapitel schrittweise erläutert.

#### 4.7.2.3 Durchführung der Analyse

##### *Die Analyseschritte entsprechend der Interpretationsregeln*

Die erste in der Abbildung 15 dargestellte Interpretationsregel Z1 umfasst das Paraphrasieren. Das bedeutet das Identifizieren der inhaltstragenden Textstellen und deren Festhalten in einer allgemeinen sprachlichen und grammatikalisch kurzen Form (Z1-Regel), ohne jedoch ihre Bedeutung zu verändern [85]. Ein Beispiel für eine solche Textstelle lautet:

*„Oder dann zum Beispiel auch Physiotherapie anordnen aus welchen Indikationen heraus, welche Serien, wie lange am besten, was für spezielle Formen von Physiotherapie.“*

AiW, 33 Jahre, männlich

Die Paraphrasierung lautet dann:

*Indikationen für Physiotherapie, Intensität/Dauer, Formen erlernen (siehe Tabelle 6)*

In Anbetracht der Analyseeinheiten und der Fragestellung der Studie wurde zudem das Abstraktionsniveau festgelegt. Unter dem Abstraktionsniveau versteht sich:

*„[...] eine Ebene im Prozess der Begriffsbildung. Je höher das Abstraktionsniveau, desto allgemeiner ist ein Begriff, je niedriger, desto spezieller ist ein Begriff. Die Abstraktion ist also jeder induktive Denkprozess, bei dem Einzelheiten eine Sache oder Person betreffend ausgeklammert werden und zu einer Verallgemeinerung hingeführt wird.“*

[86]

Alle gebildeten Paraphrasen wurden auf dieses Abstraktionsniveau generalisiert, ohne ihre Bedeutung zu verändern [85]. In dieser Studie umfasste das Abstraktionsniveau Aussagen, die zu Erkrankungen des Bewegungsapparates bzw. zu dem orthopädischen Abschnitt während der Weiterbildung Allgemeinmedizin geäußert wurden.

Entsprechend der Z-Regeln (siehe Anhang) wurden die weiteren Reduktionsschritte durchlaufen: Alle Paraphrasen die unter dem Abstraktionsniveau lagen, also sehr speziell



formuliert wurden, wurden generalisiert. Alle die darüber lagen, also allgemein formuliert waren, wurden belassen (Z2-Regeln). Inhaltlich gleiche Paraphrasen sowie nicht inhaltstragende Paraphrasen wurden gestrichen, es wurde also selektiert (Z3-Regeln). Im nächsten Reduktionsschritt wurden die vorhandenen Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neu formulierte, alle diese Paraphrasen repräsentierende Aussage gebündelt (Z4-Regeln). Zusammenfassend wird das Reduktion genannt [85].

Diese Schritte werden in Tabelle 6 beispielhaft dargestellt:

Interviewcode	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
<b>CUR_O_01_W</b>	Indikationen für Physiotherapie, Intensität/Dauer, Formen erlernen	Kenntnisse über Anordnen von Physiotherapie, Indikationen, Dauer, spezielle Formen erlangen	Kenntnisse über Indikationen von Physiotherapie sind wichtig, z.B. - Arthrose - Rückenschmerz - Rotatorenmanschette - Fußfehlstellungen
<b>CUR_O_08_SN</b>	Konservative Behandlung von Arthrose mit Krankengymnastik als Möglichkeit kennen	Behandlung mit Krankengymnastik bei Arthrose	
<b>CUR_O_10_SN</b>	Bei beginnender Arthrose Krankengymnastik verordnen	<del>Behandlung mit Krankengymnastik bei Arthrose</del>	Kenntnisse über Formen der Physiotherapie sind wichtig, z.B. - Krankengymnastik
<b>CUR_O_15_W</b>	Welche Physiotherapie eignet sich für Rotatorenmanschettenläsion, Rückenschmerz, Fußfehlstellungen	Indikation von Physiotherapie bei verschiedenen Erkrankungen, z.B. Rotatorenmanschette, Rückenschmerz, Fußfehlstellungen	

Tabelle 6: Zusammenfassende Schritte der Inhaltsanalyse angelehnt an [85, p. 72ff], Tabelle 2

Die Beispiele in Tabelle 6 machen deutlich, wie während des Analyseprozesses aus mehreren, inhaltlich gleichbedeutenden Paraphrasen eine neue, inhaltlich die Paraphrasen zusammenfassende Aussage gebildet wurde. So wurden am Beispiel der Physiotherapie zwei inhaltsgleiche Paraphrasen auf dem Niveau der Generalisierung auf eine Aussage reduziert (siehe gestrichenes Feld in Tabelle 6). Schlussendlich wurden alle generalisierten Paraphrasen der Tabelle auf eine gemeinsame Aussage reduziert. Da nach diesem ersten Durchgang der Zusammenfassung erneut inhaltsgleiche Aussagen entstanden waren, wurden diese Aussagen unter Durchlauf der gleichen Schritte erneut auf eine neue, inhaltlich gleichbedeutende Aussage reduziert. Diese Durchgänge wurden so oft wiederholt, bis eine Zusammenfassung des gesamten Materials in diesen Aussagen erfolgt war und keine Dopplungen mehr vorhanden waren [83].

### *Induktive Kategorienbildung und Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial*

Das Bündeln der Aussagen während des Analyseprozesses bildete die Grundlage für die induktive Kategorienbildung. Die induktive Kategorienbildung orientierte sich außerdem an der

Fragestellung der Studie und den theoretischen Vorüberlegungen (siehe Kapitel 3). Für die erste Aussage wurde zunächst eine Unterkategorie formuliert. Während der Durcharbeitung des Materials wurde für jede weitere Aussage entschieden, ob diese unter die bereits formulierte Unterkategorie fiel, eine neue Einordnung geschehen oder ob eine neue Unterkategorie gebildet werden musste. Im weiteren Verlauf wurden die entstandenen Unterkategorien unter Kategorien und letztendlich unter Hauptkategorien zusammengefasst [85]. Dieses Vorgehen ist beispielhaft für je eine Reduktion in Tabelle 7 dargestellt:

Reduktion	Unterkategorie	Kategorie	Hauptkategorie
Kenntnisse über Indikationen von Physiotherapie sind wichtig, z.B. - Arthrose - Rückenschmerz - Rotatorenmanschette - Fußfehlstellungen	Indikationen von Physiotherapie	Physiotherapie	Therapeutische Methoden
Kenntnisse über Formen der Physiotherapie sind wichtig, z.B. - Krankengymnastik	Formen von Physiotherapie		
Kenntnis über notwendige Dauer der Physiotherapie ist wichtig	Dauer von Physiotherapie		

Tabelle 7: induktive Kategorienbildung

Die Besonderheit des Ansatzes nach Mayring stellt die Rücküberprüfung des Kategoriensystems am Ausgangsmaterial dar. Das bedeutet, nach Durcharbeitung von 10 bis 50 % des Materials werden die Kategorien mit den enthaltenen Informationen am Ausgangsmaterial rücküberprüft und nachvollzogen, ob sie das Ausgangsmaterial adäquat repräsentieren. Somit können Anpassungen am Kategoriensystem vorgenommen werden, um ein möglichst dicht an den Primärdaten orientiertes Abbild zu schaffen. Damit wird erneut die Offenheit der qualitativen Methodik für die Entwicklung und Anpassung der Kategorien deutlich, die Methode bleibt flexibel [81].

Nach Bearbeitung von etwa 50 % des Materials auf diese Weise zeichneten sich in dieser Studie kaum noch Neubildungen von Kategorien ab, sodass zu diesem Zeitpunkt eine Rücküberprüfung der Kategorien am Ausgangsmaterial erfolgte. Da sich das entstandene Kategoriensystem bei der Überprüfung bewährte, wurde die Analyse fortgesetzt.

Durch diese genaue Verfahrensdokumentation blieb der Analyseprozess transparent (siehe Gütekriterien qualitative Sozialforschung Kapitel 4.1.1).

#### 4.7.2.4 Interpretation der Ergebnisse

Während des Analyseprozesses wurde ein Kategoriensystem herausgearbeitet. Die Oberkategorien wurden zu Themenfeldern zusammengefasst, in denen die Ergebnisse hinsichtlich der Fragestellung weitergehend interpretiert wurden. Da sich im Hinblick auf die Erstellung eines Curriculums auch die unterschiedlichen Meinungen der Gruppe der

Allgemeinärzte im Vergleich zu den Orthopäden als interessant darstellten, wurden die Aussagen und Kategorien auch bezüglich dieses Merkmals betrachtet. Die ausführliche Interpretation der Ergebnisse ist in Kapitel 5 dargestellt.

#### 4.7.2.5 Unterstützung durch die Software Nvivo

Die Analyse des Materials erfolgte computergestützt mit Hilfe der Software Nvivo 8, einem Programm zur Unterstützung der qualitativen Datenanalyse. Mithilfe von Nvivo können qualitative Daten organisiert, analysiert und verwaltet werden [87]. Alle Transkripte wurden nach der Verschriftlichung am Computer in dieses Programm eingepflegt. Dort gab es die Möglichkeit, die Aussagen in den Transkripten mittels Markierungen zu kodieren und in einfachen Schritten zusammenzufassen. Durch die computergestützten Reduktionsschritte der Aussagen konnten induktiv Kategorien erstellt werden. Diese Analyseprozesse spiegelten sich in sogenannten Strukturknoten wider. Diese Strukturknoten repräsentierten in Form einer Baumstruktur die entstandenen Kategorien und Themenfelder. Auf diese Weise wurde der Ablauf der Analyse unter deutlicher Zeitersparnis im Vergleich zum Kodieren per Hand vereinfacht. Beispiele für die entstandene Baumstruktur der Strukturknoten finden sich in Form der Themenfelder und Kategorien im folgenden Kapitel 5.

## 5. Ergebnisse der qualitativen Studie

Die Ergebnisse der Interviews umfassten drei große Themenfelder mit mehreren Unterthemen.

Das zentrale Themenfeld enthielt die Lernziele bezüglich der Erkrankungen des Bewegungsapparates. Diese umfassten fachliche Inhalte bzw. Kompetenzen, die von einem werdenden Allgemeinarzt während seiner Zeit in der Orthopädie erlernt werden sollten. Der Kontakt zu wichtigen Krankheitsbildern des Bewegungsapparates sowie die Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen stellten dabei zentrale Punkte dar.

Außerdem sprachen die Interviewpartner über die strukturellen Aspekte des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes. Sie äußerten hier ihre Meinungen über die als adäquat erachtete Dauer des Weiterbildungsabschnittes sowie den richtigen Ort, als auch die Möglichkeit von fachrelevanten Begleitseminaren.

Ein weiteres Themenfeld stellte die generelle Relevanz des Weiterbildungsabschnittes Orthopädie dar und beinhaltete sowohl Argumente für als auch gegen die Absolvierung eines solchen Abschnittes. Da die Relevanz des orthopädischen Abschnittes an sich die Grundlage für die Betrachtung der weiteren Ergebnisse darstellt, wird dieses Themenfeld als erstes betrachtet.

### 5.1 Relevanz des Weiterbildungsabschnittes Orthopädie

Alle befragten Experten äußerten sich während der Interviews zu ihrer Meinung nach wichtigen Inhalten und Fertigkeiten bezüglich der Erkrankungen des Bewegungsapparates. Dabei wurde deutlich, dass die einzelnen Interviewpartner unterschiedliche Meinungen zu der generellen Relevanz eines Weiterbildungsabschnittes im Bereich Orthopädie besaßen. Aus diesem Grund werden zunächst diese Meinungen in diesem Kapitel genauer dargestellt.

#### 5.1.1 Beurteilung der AiW

Alle AiW sahen den Weiterbildungsabschnitt Orthopädie als sinnvoll an. Eine AiW betonte dies:

*„Also ich muss jetzt mal lobend sagen, dass es wirklich gut ist, dass überhaupt schon Orthopädie mit drin ist in der Allgemeinmediziner Ausbildung, weil das gab's ja früher eigentlich nicht und dass es wirklich sinnvoll ist“*

AiW, 28 Jahre, weiblich

Dies begründeten sie mit den dort erlernbaren Kompetenzen, die sie für ihre spätere allgemeinmedizinische Tätigkeit als sinnvoll erachteten. Ein AiW hatte aufgrund der alten Weiterbildungsordnung keinen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt absolviert und befürchtete deshalb Defizite auf diesem Gebiet.

### 5.1.2 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Orthopäden

Alle interviewten Orthopäden sprachen sich prinzipiell für einen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt aus. Ein Orthopäde aus dem akademischen Bereich, der in einer universitären Klinik arbeitete, betonte das von ihm derzeit empfundene Missverhältnis zwischen der geringen Wichtung der Orthopädie in der Weiterbildung eines Allgemeinarztes und dem hohen Aufkommen an Patienten mit Krankheiten des Bewegungsapparates während der späteren Niederlassung. Aus eigenem Erleben berichtete er, dass viele Allgemeinärzte Patienten mit unkomplizierten Erkrankungen des Bewegungsapparates in seine Klinik schicken würden, die aus seiner Sicht vollständig durch einen Allgemeinarzt hätten behandelt werden können. Im Folgenden beschrieb er die von ihm wahrgenommene Diskrepanz zwischen dem hohen Anteil an Erkrankungen des Bewegungsapparates in einer Allgemeinarztpraxis und der geringen Wichtung des Fachbereiches Orthopädie während der Weiterbildung:

*„...die [Orthopädie] ist für Allgemeinmediziner eben wichtig und für mich unverständlich, warum sie im Vergleich zu den Patientenzahlen letztlich im Ausbildungscurriculum so einen geringen Stellenwert hat. [...] Also das ist einfach 'ne riesen Patientenzahl und drum ist es schon extrem wichtig.“*

Universitär tätiger Orthopäde, 37 Jahre, männlich

Auch andere Interviewpartner empfanden einen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt als wichtig und bekräftigten dies durch Berichte von eigenen Erfahrungen. Ein niedergelassener Orthopäde war mit einem Allgemeinarzt eng verwandt und kam dadurch zu der Einschätzung, dass Krankheitsbilder des Bewegungsapparates einen großen Teil der allgemeinmedizinischen Arbeit ausmachen würden.

Ein niedergelassener Orthopäde merkte jedoch an, dass mit dem aktuellen Arbeitsaufkommen in einer orthopädischen Praxis die Weiterbildung eines AiW kaum umsetzbar sei.

Mehrere interviewte Orthopäden betonten, dass ein orthopädisch gut ausgebildeter Allgemeinarzt mehr Patienten mit unkomplizierten Krankheitsbildern des Bewegungsapparates selbst behandeln könne, ohne eine Überweisung zum Facharzt für Orthopädie erwägen zu müssen. Diese Orthopäden sahen sich selbst durch zu viele Patientenzuweisungen von Hausärzten als überlastet. Sie hofften, durch eine verbesserte Weiterbildung in der Orthopädie selbst eine Entlastung von konservativ behandelbaren Patienten zu erleben.

### 5.1.3 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Allgemeinärzte

Ein Großteil der interviewten Allgemeinärzte sprach sich für einen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt aus.

Einer der interviewten allgemeinmedizinischen Experten hatte in seiner Laufbahn auch eine orthopädisch-unfallchirurgische Weiterbildung absolviert und hatte somit einen besonderen Blickwinkel auf die Erkrankungen des Bewegungsapparates. Er hielt den orthopädischen Weiterbildungsabschnitt für sehr wichtig und erweiterte die von ihm als relevant erachteten Inhalte noch:

*„[...] orthopädische, unfallchirurgische oder auch, man kann's noch erweitern, sporttraumatologische Weiterbildung halte ich für eminent wichtig“*

Universitär tätiger Allgemeinarzt, 58 Jahre, männlich

Dieser Allgemeinarzt hob somit nicht nur die Wichtigkeit einer orthopädischen Weiterbildung, sondern auch von Kenntnissen auf den Gebieten der Unfallchirurgie und Sporttraumatologie hervor. In weiteren Gesprächen wurden diese erweiterten Kompetenzen vor allem bei einer landärztlichen Tätigkeit als besonders relevant angesehen, da die Facharztdichte dort geringer ausfalle. Die Unfallchirurgie sei zwar in der aktuellen Weiterbildungsordnung mit der Orthopädie zu einem Fachgebiet zusammengefasst worden, doch viele niedergelassene Orthopäden hätten noch eine rein orthopädische Weiterbildung absolviert. Damit beschrieb der Interviewpartner eine Inkongruenz zwischen der Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin, die lediglich den Fachbereich Orthopädie erwähne, und der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie auf, die alle genannten Bereiche umfasse.

Eine Minderheit der allgemeinmedizinischen Interviewpartner sprach sich deutlich gegen einen Pflichtweiterbildungsabschnitt Orthopädie aus. Vielmehr sollten die Kenntnisse und Kompetenzen zum muskuloskeletalen System vorrangig von Allgemeinärzten an werdende Allgemeinärzte vermittelt werden. Diese interviewten Experten sahen die Weiterbildung im Fachbereich Orthopädie als nicht zielführend an, wie im Folgenden dieser Allgemeinarzt:

*„Ehrlich gesagt weiß ich gar nicht, ob ich das sinnvoll finde, diese Pflicht [...] die meisten Orthopäden arbeiten bescheuert und da sollte man zukünftige Hausärzte gar nicht hinschicken, damit sie sich da nichts abgucken“*

FA für Allgemeinmedizin, 55 Jahre, männlich

Von ihm wurde ein Weiterbildungsabschnitt in der Orthopädie generell in Frage gestellt und als Problem angesehen. Seiner Meinung nach sei es für viele werdende Allgemeinärzte schwierig, einen Arbeitsplatz im orthopädischen Bereich zu finden, da der AiW in diesem kurzen Zeitraum kaum eine Unterstützung für eine Praxis darstellen könne. Dies könne zur ungewollten Verlängerung der Weiterbildung, zum Abbruch oder auch zur Änderung der Facharztwahl unter den AiW führen.

Der eher ablehnenden Haltung eines Weiterbildungsabschnittes Orthopädie in der Niederlassung stimmte auch ein interviewter universitär tätiger Allgemeinarzt zu. Insbesondere die Funktion niedergelassener Orthopäden im deutschen Gesundheitssystem

hielt er für überdenkenswert. Er schilderte seine Arbeitserfahrungen in Großbritannien, wo die konservative Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates größtenteils in das Arbeitsfeld des Allgemeinarztes fiel und dort mit hoher Kompetenz versorgt würden. Beide Experten äußerten weiterhin ihre Sorge, dass hier Fehlversorgungsphänomene vor allem im Bereich von Bildgebung und Schmerztherapie mittels Injektionen regelhaft vorkämen. Diese Arbeitsweise sollte ihrer Meinung nach kein werdender Allgemeinarzt annehmen.

#### 5.1.4 Zusammenfassung und Gegenüberstellung der Perspektiven

Die unterschiedliche Argumentation bezüglich der Relevanz des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes ist in folgender Tabelle 8 zusammenfassend dargestellt:

	AiW	Orthopäden	Allgemeinärzte
<b>Gründe für den Abschnitt Orthopädie</b>	Hohe Fallzahlen an Krankheitsbildern des Bewegungsapparates in der Allgemeinarztpraxis		
		Entlastung niedergelassener Orthopäden durch höhere Kompetenz der Allgemeinärzte  Defizite bei derzeit tätigen Allgemeinärzten im Bereich Erkrankungen des Bewegungsapparates	Kenntnisse über Erkrankungen des Bewegungsapparates als Landarzt bei geringer Spezialistendichte besonders wichtig
<b>Gründe gegen den Abschnitt Orthopädie</b>		(durch Überlastung ist Weiterbildung in Praxis schwierig umsetzbar)	Typische Erkrankungen des Bewegungsapparates als originäre Aufgabe der Allgemeinmedizin  Fehlversorgungsphänomene niedergelassener Orthopäden  Unsichere Stellensituation bei Kürze des Abschnittes

Tabelle 8: Argumentation zur Relevanz des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes sortiert nach Expertengruppen

Alle AiW sprachen sich für einen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt aus. Diese Interviewpartner begründeten dies durch die hohen Fallzahlen an Erkrankungen des Bewegungsapparates in der Allgemeinarztpraxis.

Auch alle Orthopäden befürworteten einen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt. Als Gründe nannten sie zusätzlich die ihrer Meinung nach bestehenden Defizite bei den derzeit tätigen Allgemeinärzten auf dem Gebiet der Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie die Hoffnung auf eigene Entlastung durch besser ausgebildete Allgemeinärzte in der Zukunft. Auch die Mehrheit der Allgemeinärzte erachtete einen Weiterbildungsabschnitt im Bereich Orthopädie aus oben genannten Gründen als relevant. Es gab aber auch

allgemeinmedizinische Experten mit langjähriger Niederlassungserfahrung, die sich gegen diesen Weiterbildungsabschnitt aussprachen, da sie die Weiterbildung eines Allgemeinarztes auch auf dem Gebiet der typischen Erkrankungen des Bewegungsapparates als originär der Allgemeinmedizin zugehörig betrachteten und auf Fehlversorgungsphänomene im Bereich der ambulanten Orthopädie hinwiesen. Außerdem wurde der kurze Weiterbildungsabschnitt als Hindernis während der Weiterbildung erachtet, da er zu ungewollten Wartezeiten führen könne. Dies könne einige Ärzte dazu bewegen, eine andere Facharztwahl zu treffen, um einen sicheren Weiterbildungsweg ohne Unterbrechungen absolvieren zu können.

## **5.2 Fachliche Inhalte des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes**

Die während des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes zu erlernenden fachlichen Inhalte bzw. Kompetenzen eines Allgemeinarztes wurden von allen Experten als zentrales Thema wahrgenommen. Für alle Interviewpartner stellte der Kontakt zu häufig in der Allgemeinarztpraxis auftretenden Bewegungsapparat-bezogenen Beratungsanlässen einen wichtigen Weiterbildungsinhalt dar. Auch funktionelle bzw. somatoforme Störungen sollten nicht unberücksichtigt bleiben. Zur Diagnosestellung und therapeutischen Behandlung wurden zudem Fertigkeiten genannt, die ebenfalls während der Weiterbildung erlernt werden müssten. Dieses Kapitel stellt dar, welche Fertigkeiten aus Sicht der jeweiligen Interviewpartner von niedergelassenen Allgemeinärzten erwartet wurden. Daraus leiteten sich die Inhalte ab, die während der allgemeinmedizinischen Weiterbildung im Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates vermittelt werden sollten.

### **5.2.1 Wichtige Krankheitsbilder aus dem Bereich des Bewegungsapparates**

Mit der Frage nach relevanten Weiterbildungsinhalten assoziierte fast jeder Interviewpartner zunächst dem Bewegungsapparat zuzuordnende Beschwerden, mit denen ein angehender Allgemeinarzt während der Weiterbildung konfrontiert werden sollte.

#### **5.2.1.1 Beurteilung der AiW**

Für alle AiW stand während der Weiterbildung der Kontakt zu Patienten mit Wirbelsäulenbeschwerden sowie Gelenkbeschwerden an erster Stelle. Häufig nannten sie zudem Sportverletzungen, vor allem im Bereich des Knies und der Schulter. Als konkrete Beispiele erwähnten die Interviewten die Rotatorenmanschettenläsion sowie Meniskusverletzungen. Weitere, vereinzelt genannte Inhalte umfassten den Kontakt zu Krankheitsbildern aus dem Bereich der Kinder- und Jugendorthopädie sowie Insertionstendinosen und Fußpathologien.



### 5.2.1.2 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Orthopäden

Auch alle interviewten Orthopäden sahen häufige Bewegungsapparat-bezogene Beratungsanlässe wie die Gelenk- sowie die Wirbelsäulenbeschwerden in der Allgemeinarztpraxis als wichtige Weiterbildungsinhalte an. Ein Orthopäde gab folgend den Sinnzusammenhang zwischen einer häufigen Krankheit sowie der Bedeutung für die Weiterbildung wieder:

*„[...] orthopädische Weiterbildungsdinge sollten in jedem Fall sein also der Kreuzschmerz, die Lumbalgie, Lumboischialgie, weil so nach meinem Kenntnisstand Kreuzschmerzen oder Wirbelsäulenschmerzen im weitesten Sinne [...] einen ganz großen Teil der Erkrankungen in Deutschland ausmachen.“*

FA für Orthopädie, 59 Jahre, männlich

In Bezug auf den Wirbelsäulenschmerz wiesen insbesondere die orthopädischen Interviewpartner auf das Erkennen von einer radikulären Symptomatik als Differentialdiagnose zum unkomplizierten Rückenschmerz hin. „Als radikuläre Kreuzschmerzen werden Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung ins Bein (meistens bis unter das Knie) im Bereich eines Dermatoms bezeichnet“ [88, p. 351]. Zusätzlich können Warnhinweise, sogenannte „red flags“, wie zum Beispiel neurologische Ausfallserscheinungen in diesem Bereich auftreten. Diese können auf einen abwendbar gefährlichen Verlauf der Erkrankung hinweisen. In diesem Fall wäre das das Persistieren einer Lähmung im betroffenen Bereich. Dementsprechend müsste sofort gehandelt werden, um bleibende Schäden zu verhindern. Diese drohende Komplikation sollte von einem Allgemeinarzt neben den häufigen unkomplizierten Verläufen erkannt und einer Akutbehandlung zugeführt werden [88]. Ein niedergelassener Orthopäde erläuterte die Schwierigkeit, abwendbar gefährliche Verläufe aus den überwiegenden Fällen mit einer einfachen Schmerzsymptomatik herauszufiltern:

*„[...] der [Allgemeinarzt] muss also zahlreiche Patienten mit Beschwerden im Lendenwirbelsäulenbereich und Halswirbelsäulenbereich gesehen haben, wo ja nur ein Bruchteil radikuläre Symptome sind.“*

FA für Orthopädie, 55 Jahre, männlich

Da solche wichtigen Krankheitsbilder in einer Allgemeinarztpraxis insgesamt selten auftraten, begründete der Interviewpartner auch, warum er eine Weiterbildung im Bereich Orthopädie für sinnvoll halte.

Die Orthopäden betonten zudem mehrheitlich, die Insertionstendinosen, wie zum Beispiel die Epikondylitis, sowie die Fußpathologien, vor allem im Kindesalter, als Weiterbildungsinhalte mitaufzunehmen:

*„[...] das Kapitel dieser chronischen Insertionstendinosen, das ist auch nicht so selten, angeführt von Epikondylitis, dann Patellaspitzensyndrom und dann die anderen seltenen Dinge wie Achillessehne oder auch mal Tibialis posterior. So, bei den Kindern, da wird's schon speziell. Das, was so landläufig mal vorgezeigt wird, sind so kleine Fußdeformitäten, wo immer das Übergangsfeld zur physiologischen Normvariante zu*

*finden ist [...] Der [Allgemeinarzt] muss natürlich durch grobe klinische Tests da seine Skoliose rauskriegen, das ist wichtig.“*

FA für Orthopädie, 55 Jahre, männlich

Laut der überwiegenden Expertenmeinung sollte ein Allgemeinarzt dazu fähig sein, diese Krankheitsbilder zu erkennen und eine Diagnostik einzuleiten.

Als überlappende Schnittstelle mit dem Fachbereich Innere Medizin nannten die interviewten Orthopäden außerdem die Themen Rheumatologie und Osteoporose. Sie erwähnten die Wichtigkeit von Kenntnissen in diesem Bereich, betonten jedoch, dass hierzu auch Kenntnisse während der Weiterbildung in der Inneren Medizin angeeignet werden könnten.

#### 5.2.1.3 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Allgemeinärzte

Ein Allgemeinarzt aus dem universitären Feld begründete die Wichtigkeit eines Krankheitsbildes für die Weiterbildung mit dessen häufigem Auftreten während der täglichen allgemeinärztlichen Arbeit am Beispiel von Arthrosen:

*„Kniegelenke, Sprunggelenke, Verschleißerkrankungen also die ganzen Arthrosen, das alles ist ja eine tägliche Behandlungsanforderung in der Hausarztpraxis.“*

Universitär tätiger Allgemeinarzt, 58 Jahre, männlich

Ein weiteres Beispiel für ein solches von allen Allgemeinärzten als wichtig erachtetes Thema stellte das große Gebiet der Wirbelsäulenbeschwerden dar. Mehrere Interviewpartner betonten, dass dem Allgemeinarzt in diesem Zusammenhang Begriffe wie „red und yellow flags“ geläufig sein sollten. Vor allem universitär tätige Allgemeinärzte erachteten das Erkennen der bereits erläuterten „red flags“ als wichtig. Bei den „yellow flags“ handelt es sich um Hinweise für eine mögliche Chronifizierung des Schmerzes, wie etwa eine negative Einstellung des Patienten gegenüber dem Krankheitsverlauf [88]. Psychosoziale Faktoren, die insbesondere chronischen Schmerz beeinflussen können, sollten nach Meinung von mehreren interviewten Allgemeinärzten während der Weiterbildung in besonderer Form thematisiert werden. Der Allgemeinarzt solle in der Lage sein, den unkomplizierten Rückenschmerz konservativ zu behandeln sowie die Notwendigkeit von weiterer Diagnostik abschätzen zu können.

Vor allem niedergelassene Allgemeinärzte hoben die Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Kindern und Jugendlichen, wie etwa Fuß- oder Wirbelsäulenfehlstellungen, noch deutlich stärker hervor. Das gleiche gelte auch für Meniskus- und Bandverletzungen. Dabei wurde unterschiedlich bewertet, inwieweit die Zusammenarbeit eher zunächst mit einem niedergelassenen Orthopäden oder im Akutfall direkt mit einer Klinik erfolgen sollte. Nach überwiegender Meinung der Interviewpartner handele es sich hierbei jedoch in den meisten Fällen eher um ein chronisches Krankheitsbild, bei dem der Allgemeinarzt zumindest die Grundzüge der Behandlung kennen sollte.

Einige Allgemeinärzte sprachen die Problematik der unterschiedlichen Facharztverteilung zwischen Stadt- und Landgebiet an. Dies wurde von einem universitär tätigen Allgemeinarzt in Bezug auf akute Sport- und Unfallverletzungen erläutert:

*„[...] wer auf dem Lande praktiziert, der wird und ich meine da wollen wir ja die nachwachsenden Kolleginnen sattelfest machen, der wird im Prinzip mit allen Frakturen und Unfällen konfrontiert und muss da auf jeden Fall so dieses grundsätzliche Weichenstellungswissen haben. [...] Erkennen von ersthaften Verletzungen, Frakturen, Distorsionen, größeren Weichteilverletzungen und die haben dann in der Regel die Konsequenz Überweisung und in die eigene Kompetenz fällt die Wundversorgung einschließlich Naht, sicher auch die abschließende Behandlung bei Prellungen, Zerrungen“*

Universitär tätiger Allgemeinarzt, 55 Jahre, männlich

Dieser Interviewpartner betonte, dass ein auf dem Land tätiger Allgemeinarzt vermehrt orthopädische Fachkenntnisse benötige, als es im Stadtgebiet notwendig wäre, wo die Dichte an orthopädischen Fachärzten deutlich höher sei.

Einige Allgemeinärzte nannten zudem die Osteoporose sowie rheumatologische Erkrankungen als wichtige Differentialdiagnosen zu orthopädischen Erkrankungen.

## **5.2.2 Lernziele diagnostischer Methoden aus dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates**

Diagnostische Methoden bezogen auf Erkrankungen des Bewegungsapparates nehmen für alle Interviewpartner einen weiteren Kernpunkt der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ein.

### **5.2.2.1 Beurteilung der AiW**

Als wichtigstes diagnostisches Mittel sahen alle AiW die spezifisch auf den Bewegungsapparat bezogene körperliche Untersuchung an. Dabei ging es vor allem um die Beurteilung der Haltung des gesamten Bewegungsapparates sowie der einzelnen Gelenke und muskulären Strukturen. Die Interviewten dieser Gruppe erachteten das Erkennen von abwendbar gefährlichen Verläufen und Notfällen als besonders wichtig. Auch hier nannten sie eine radikuläre Symptomatik als Beispiel bei Wirbelsäulenbeschwerden, die in der körperlichen Untersuchung anhand von spezifischen Ausfallerscheinungen erkannt werden und eine sofortige Diagnostik und Behandlung nach sich ziehen sollte.

Außerdem thematisierten sie die Durchführung von Bildgebung, insbesondere Röntgenaufnahmen. Nach Meinung der AiW solle ein Allgemeinarzt in der Lage sein, die Indikationsstellung dafür vorzunehmen und entsprechend der Ergebnisse zu handeln.

### **5.2.2.2 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Orthopäden**

Auch für die orthopädischen Interviewpartner stand die spezifisch auf den Bewegungsapparat bezogene körperliche Untersuchung an erster Stelle der zu erlernenden diagnostischen

Methoden. Das brachte ein Orthopäde, der selbst im akademischen Bereich arbeitete und werdende Allgemeinärzte weiterbildete, wie folgt auf den Punkt:

*„Was ein Allgemeinmediziner in der Orthopädie auf alle Fälle lernen sollte, ist letztlich die körperliche Untersuchung [...] Wie eine Knieuntersuchung funktioniert, wie eine Schulteruntersuchung funktioniert, wie eine Wirbelsäulenuntersuchung funktioniert“*

Universitär tätiger Orthopäde, 37 Jahre, männlich

Bei gründlicher Durchführung der körperlichen Untersuchung sei häufig die Art und Schwere des Krankheitsbildes bereits fachgerecht einschätzbar, ohne dass weitere Diagnostik, wie etwa in Form von Bildgebung, notwendig wäre. Sie sahen auf diesem Gebiet eine deutliche Überverordnung von nicht notwendiger Bildgebung durch Allgemeinärzte und somit unnötig lange Wartezeiten für spezielle Untersuchungen, wie die MRT. Dies könne ihrer Meinung nach umgangen werden, wenn ausschließlich Orthopäden solche Indikationsstellung vornehmen würden:

*„[...] das MRT ist ja in keinem Falle eine Diagnostik der ersten Phase sage ich mal. Das ist ja etwas, was man dann später machen sollte und das ist eben auch Teil der Weiterbildung, dass man den Hausarzt schulen muss. Wir erleben das immer wieder, dass Patienten kommen, die sind also einmal angesehen worden und kommen mit einer MRT, da ist nichts Anderes gemacht worden außer eine MRT.“*

FA für Orthopädie, 59 Jahre, männlich

Die orthopädischen Fachärzte sahen in den weiteren Gesprächen insbesondere die komplexere Bildgebung als ihre fachliche Domäne an, die nicht von den Allgemeinärzten zusätzlich beansprucht werden sollte.

Zusätzlich wurde von vereinzelt Experten auch die Labordiagnostik als wichtiger Weiterbildungsinhalt genannt. Insbesondere erwähnten sie die Bestimmung von Entzündungswerten sowie rheumatologischen Laborwerten und die Osteoporose-Diagnostik inklusive DEXA-Messungen. Der universitär tätige Orthopäde bewertete auch den Ultraschall von Gelenken als fakultative Erweiterungsmöglichkeit der Fachkompetenzen eines Allgemeinarztes.

#### 5.2.2.3 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Allgemeinärzte

Auch alle Allgemeinärzte waren sich einig, dass die Anamnese und die körperliche Untersuchung die wichtigsten zu erlernenden Methoden seien. Dabei erachteten auch viele allgemeinmedizinische Interviewpartner die Erkennung von abwendbar gefährlichen Verläufen und Notfällen als besonders wichtig.

Mehrere Interviewpartner sprachen zudem die Indikationsstellung und Initiierung der Bildgebung an, insbesondere in Bezug auf eine MRT. Sie zählten diesen Bereich zu ihren fachlichen Kompetenzen, die folglich während der Weiterbildung erlernt werden sollten. Die Allgemeinärzte begründeten dies mit den langen Wartezeiten beim niedergelassenen

Orthopäden sowie auch bei der Terminvergabe einer MRT. Sie beschleunigten die Diagnostik, indem sie selbst Untersuchungen wie eine MRT initiierten:

*„Und wenn jemand kommt mit den Kniebeschwerden und man kriegt das also mit den konservativen Möglichkeiten hier nicht auf die Reihe und röntgentechnisch gibt es keine Auffälligkeiten, macht man halt die MRT und daraus ergibt sich dann ja oft auch die Konsequenz und Termin beim Orthopäden dauert ja, wenn man's nicht akut macht, schon mal gerne acht bis zehn Wochen.“*

FA für Allgemeinmedizin, 42 Jahre, weiblich

Weiterhin befand einer der interviewten Allgemeinärzte bei der Behandlung von Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates insbesondere die Betrachtung der funktionellen Einschränkung durch eine Erkrankung als wichtig. Das erläuterte dieser Interviewpartner wie folgt:

*„[Wichtig ist] im Wesentlichen vorher die reale alltägliche Funktionsbeeinträchtigung. Schaff ich das noch mir die Schuhe zu zu machen, schaff ich das ins Auto einzusteigen, schaff ich das aus dem Bett hochzukommen, schaff ich das eine Treppe zu steigen, rauf oder runter“*

FA für Allgemeinmedizin, 55 Jahre, männlich

Die AiW sollten beispielsweise lernen, Schmerzskalen anzuwenden und Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag durch Scores einzuschätzen. Als Beispiel wurde ein Patient beschrieben, der trotz deutlicher Zeichen einer Arthrose in der Bildgebung in seiner Alltagsbewältigung nur wenig beeinträchtigt sei, während andere bei geringeren Zeichen in der Bildgebung bereits enorme funktionelle Beeinträchtigungen mit einem hohen Bedarf an Schmerzmitteln hätten. Somit sollten sich die Allgemeinärzte in der Behandlung an der Alltagsbewältigung der Patienten und nicht ausschließlich an Surrogatparametern wie Bildgebungsbefunden orientieren. Insbesondere die Wahrnehmung von psychosozialen Faktoren, die krankheitsmodifizierend seien, würden für die allgemeinärztliche Betreuung eine wichtige Rolle spielen. Die Allgemeinärzte bemängelten, dass dieser Punkt von den Orthopäden häufig vernachlässigt würde.

Zusätzlich sprachen auch vereinzelte Allgemeinärzte die Durchführung von spezifischen Laboruntersuchungen sowie den Ultraschall von Gelenken als fakultativen Weiterbildungsinhalt an. Von einem niedergelassenen Allgemeinarzt wurde zudem noch die körperliche Untersuchung des kindlichen Bewegungsapparates differenziert, die erlernt werden solle. Dieser Experte empfahl zudem das Erlernen der Manualtherapie, da diese bei der körperlichen Untersuchung hilfreich sei.

### 5.2.3 Lernziele therapeutischer Methoden aus dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates

Alle Interviewpartner waren sich einig, dass ein Allgemeinarzt in der Lage sein solle, die wichtigsten Erkrankungen des Bewegungsapparates nicht nur zu diagnostizieren, sondern auch selbst zu behandeln. Dabei sprachen die Interviewten verschiedene zu erlernende therapeutische Methoden an, die zum Teil unterschiedlich bewertet wurden.

#### 5.2.3.1 Beurteilung der AiW

Therapeutisch stand für alle AiW das Erlangen von Kenntnissen auf den Gebieten der Pharmakotherapie sowie der Physiotherapie an erster Stelle. Die medikamentöse Schmerztherapie erschien allen AiW dabei als wichtiger Weiterbildungsinhalt. Besonders relevant erschienen ihnen auch die Möglichkeiten und Indikationen von Physiotherapie bei Erkrankungen des Bewegungsapparates. Außerdem wünschten sich vereinzelte Interviewpartner grundlegende Kenntnisse zu postoperativer Nachbehandlung sowie zu korrekter Hilfsmittelverordnung. Eine AiW zählte auch die Wundversorgung zu den fachlichen Inhalten, die während des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes erlernt werden sollten. Zudem forderte diese Interviewpartnerin, die zum Zeitpunkt des Interviews gerade auf einer orthopädischen Station eines Krankenhauses angestellt war, Fertigkeiten auf dem Gebiet von lokalen oder periartikulären Infiltrationen. Sie zog jedoch aufgrund der notwendigen sterilen Bedingungen eine klare Grenze zu den intraartikulären Injektionen und differenzierte das wie folgt:

*„Lokale Injektionen [...] das könnte man als Hausarzt auch ausschöpfen [...] intraartikuläre Medikamenteninjektionen, also ich fände schon, das sollte der Orthopäde beibehalten, weil das ja auch unter sterilen Bedingungen und so passieren sollte, das ist einfach auch in einer Allgemeinarztpraxis auch nicht gegeben“*

AiW, 28 Jahre, weiblich

Vereinzelte erachteten die Interviewten dieser Gruppe therapeutische Techniken aus der Manualtherapie sowie Kenntnisse auf dem Gebiet der Therapie von Sportverletzungen als nützlich.

#### 5.2.3.2 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Orthopäden

Mehrere Orthopäden waren sich einig, dass Kenntnisse über Pharmakotherapie, insbesondere die Schmerztherapie, zu den wichtigsten zu erlernenden Inhalten für einen werdenden Allgemeinarzt zählen würden. Sie spezifizierten jedoch nicht, ob diese Kenntnisse nur bei einem Orthopäden erlernt werden können. Ein niedergelassener Orthopäde drückte das wie folgt aus:

*„[...] medikamentöse Therapie, ja ich mein so diese Analgetika, da haben die [Hausärzte] manchmal mehr Ahnung als wir und haben auch ein weiteres Sortiment, was die nutzen.“*

*Und natürlich budgetär besser ausgestattet für medikamentöse Behandlung. Das machen die auch relativ viel. Damit habe ich eigentlich auch keine Schwierigkeiten. Das würde dann auch gelten für diese chronischen Patienten, die mit ihren jahrelangen Osteoporose-Medikationen, da muss meines Erachtens kein Facharzt [für Orthopädie] ran für sowas.“*

FA für Orthopädie, 55 Jahre, männlich

Auch die interviewten Orthopäden sprachen die Infiltrationen an. Ein Orthopäde zog die Grenze zwischen periartikulär und intraartikulär, ein anderer sah dies gänzlich als fachärztlich-orthopädische Domäne. Von einem dritten Interviewten wurden diese Fertigkeiten als fakultativ zu erlernenden Inhalte während der Weiterbildung eingestuft.

Außerdem hoben vereinzelte Orthopäden Kenntnisse in der Indikationsstellung für Physiotherapie als relevant und manualtherapeutische Techniken als nützlich hervor. Eine Orthopädin betonte explizit, dass Techniken der Ruhigstellung, wie Gipsen oder Tapen, nicht in den Kompetenzbereich eines Allgemeinarztes fielen.

Insgesamt wünschten sich die niedergelassenen Orthopäden vielfach, dass die zukünftigen Allgemeinärzte in der Lage wären, ein Krankheitsbild des Bewegungsapparates konservativ anzubehandeln und bei unkompliziertem Verlauf auch komplett selbst zu therapieren. Mehrere Orthopäden brachten in den Interviews ihre Einschätzung zum Ausdruck, dass Patienten von Allgemeinärzten bereits in orthopädische Praxen überwiesen würden, bevor die Therapiemöglichkeiten in der Allgemeinarztpraxis überhaupt ausgeschöpft worden seien. Dieses sahen sie unter anderem als Ursache für die wahrgenommene Überlastung von orthopädischen Praxen.

#### 5.2.3.3 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen AM

Mehrere interviewte Allgemeinärzte hielten die Indikationsstellung für operative Maßnahmen für einen relevanten Bestandteil der Weiterbildung. Ganz wichtig erschien ihnen der direkte Austausch zwischen dem operativ tätigen Orthopäden und dem Allgemeinarzt. Die Kompetenzen, die dafür notwendig seien, sollten in einem entsprechenden Weiterbildungsabschnitt erlernt werden. Sie berichteten von eigenen Erfahrungen, in denen die Patienten, trotz ihrer Meinung nach eindeutiger Operationsindikation, noch einen längeren Zeitraum von einem niedergelassenen Orthopäden behandelt würden, bevor auch dieser die Durchführung der Operation in die Wege geleitet hätte. Dies empfanden viele Allgemeinärzte als überflüssig und würden den Patienten aufgrund ihrer eigenen Kenntnisse direkt in eine Klinik zur Operation überweisen:

*„[...] die Frage der OP-Indikation, denk ich, ist dann eher die Schnittstelle zwischen dem operierenden Orthopäden und dem Hausarzt als zwischen dem Orthopäden der rummacht am Patienten und möglicherweise dazu beiträgt, dass da Zeit verplempert wird.“*

FA für Allgemeinmedizin, 55 Jahre, männlich

Dazu seien laut eines universitär tätigen Allgemeinarztes Kenntnisse über die Möglichkeiten der Orthopädie im operativen Bereich notwendig. Deshalb empfahl er eine Hospitation bzw. Weiterbildung in diesem Bereich.

Noch häufiger erwähnten die allgemeinmedizinischen Interviewpartner das begleitende Management rund um eine Diagnose oder auch eine Operation. Der Fokus der Allgemeinärzte lag in diesem Bereich insbesondere auf den verschiedenen Möglichkeiten der Physiotherapie und ihrer Indikationsstellung. Außerdem sprachen sie in diesem Rahmen Kenntnisse über die allgemeine postoperative Nachbehandlung, inklusive der Möglichkeiten der Rehabilitation, sowie eine fachgerechte Hilfsmittelverordnung an. Bezogen auf letzteren Punkt wurde der Wunsch über mehr Kenntnisse beispielsweise im Bereich von Einlagen und Orthesen geäußert. Einige Allgemeinärzte differenzierten dies nach der Komplexität des Falles, wie eine praktizierende Allgemeinärztin im Folgenden beschrieb:

*„Also ich denke Einlagen, das wäre vielleicht schon so ganz wichtig, dass man da so ungefähr weiß, was da drauf muss [...] Ansonsten so spezielle Hilfsmittel wie, was weiß ich, Korsett bei Osteoporose oder so, das muss man vielleicht als Allgemeinmediziner nicht unbedingt wissen“*

FÄ für Allgemeinmedizin, 51 Jahre, weiblich

Diese Allgemeinärztin unterschied dabei zwischen der Versorgung von einfachen Fehlstellungen und komplizierten Erkrankungen, für die spezielle Hilfsmittel angepasst werden müssten.

Die Interviewpartner sprachen zudem die Pharmakotherapie, insbesondere die Schmerztherapie, von Erkrankungen des Bewegungsapparates als ein Kernthema der therapeutischen Weiterbildungsinhalte an.

Ein weiteres Interview-Thema auf dem Gebiet zu erlernender therapeutischer Methoden stellten Punktionen bzw. Infiltrationen bei Erkrankungen der Muskeln oder der Gelenke dar. Insbesondere die universitär tätigen Allgemeinärzte sahen diese invasiveren Therapiemöglichkeiten als nützlich für die allgemeinärztliche Tätigkeit an, um mit diesen einfachen Mitteln und ohne Wartezeiten beim orthopädischen Facharzt die Beschwerden des Patienten zu lindern. Aber auch sie zogen die Grenze deutlich bei den intraartikulären Injektionen, da die entsprechenden sterilen Arbeitsbereiche in einer Allgemeinarztpraxis normalerweise nicht vorhanden seien. Dem widersprach nur ein Allgemeinarzt, der im Vorfeld bereits eine Weiterbildung zum Unfallchirurgen gemacht und seine Praxis für solche Belange entsprechend ausgebaut hatte. Einzelne Allgemeinärzte machten gerade bezüglich der Gelenkpunktion hier ebenfalls einen Unterschied zwischen einer Landarztpraxis und einer städtischen Praxis. Sie bewerteten diese Fähigkeiten vor allem in einer Landarztpraxis als nützlich, da es dort wenig niedergelassene Orthopäden gäbe. Häufig stuften die Allgemeinärzte diese Fähigkeiten als fakultative Inhalte ein.



Viele interviewte Allgemeinärzte sprachen die Manualtherapie als nützliche Zusatzqualifikation an. Dabei betonten sie, dass durch Erlernen manualtherapeutischer Fähigkeiten nicht nur schnell Schmerzen gelindert werden könnten, sondern auch erlernt werden könne, den Körper aus orthopädischer Sicht fachgerecht zu untersuchen und die einzelnen Knochen- und Bandstrukturen sowie die Muskulatur besser einzuschätzen. Diese Experten empfahlen, eine solche Fortbildung unabhängig von der Weiterbildung zu absolvieren, um Erkrankungen des Bewegungsapparates nicht nur erfolgreicher zu diagnostizieren, sondern auch zu behandeln. Vereinzelt sahen sie zudem Kenntnisse auf dem Gebiet der Behandlung sportmedizinischer Erkrankungen bzw. Verletzungen sowie die Techniken der Wundversorgung und Ruhigstellung, wie Gipsen oder Taped, als wichtig an.

#### 5.2.4 Zusammenfassung und Gegenüberstellung der Perspektiven

In Abbildung 16 werden die von den Experten erörterten Weiterbildungsinhalte bzw. zu erlernenden fachlichen Kompetenzen in einer Übersicht dargestellt.

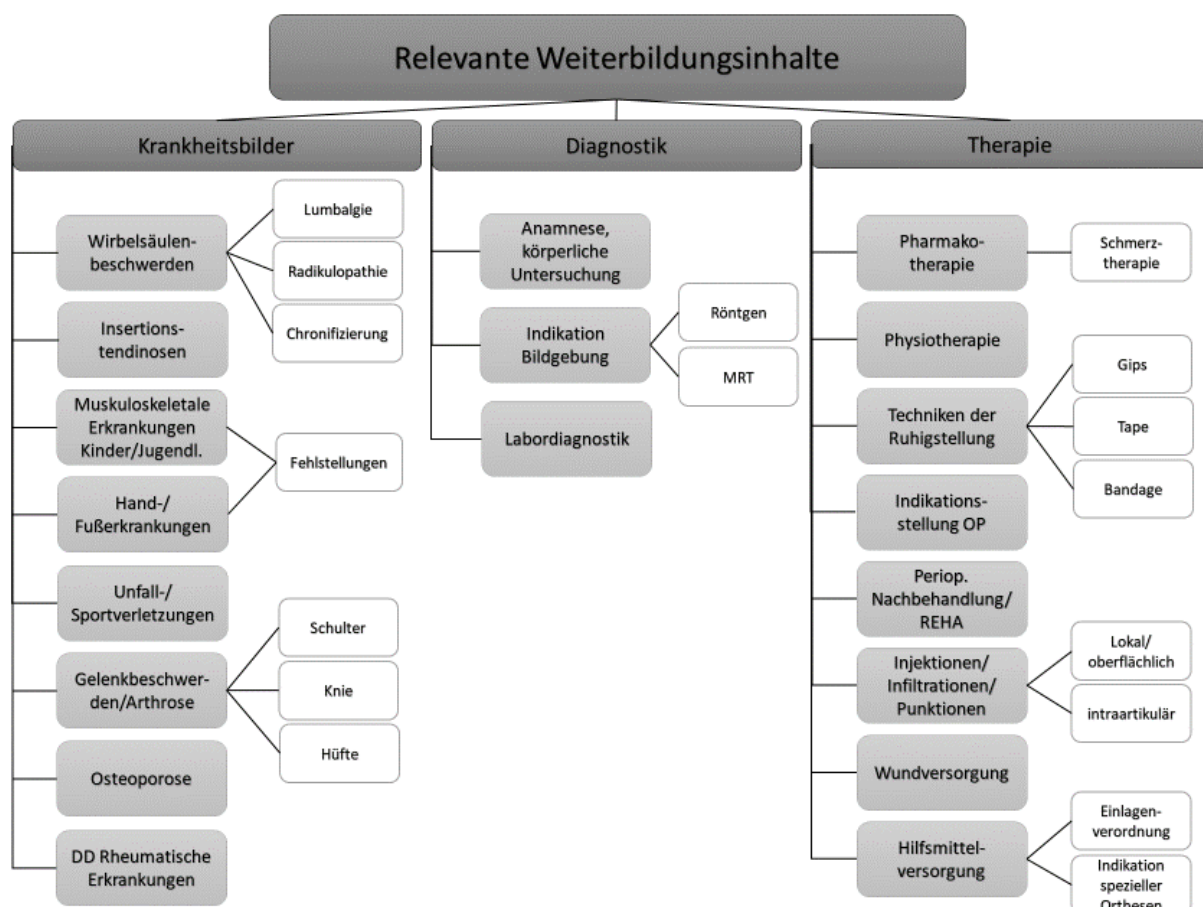


Abbildung 16: Übersicht der genannten Weiterbildungsinhalte/fachlichen Kompetenzen<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Die Sortierung beruht lediglich auf Platzverhältnissen zur optimalen Darstellung und stellt keine Rangfolge dar

Für alle AiW war während des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes der Kontakt zu Patienten mit Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden am wichtigsten, auch Sportverletzungen wurden mehrfach erwähnt sowie vereinzelt das Erkennen von „red flags“. Als wichtigstes zu erlernendes diagnostisches Mittel nannten sie die orthopädisch orientierte körperliche Untersuchung sowie die Indikationsstellung von bildgebenden Maßnahmen. Therapeutisch standen für alle interviewten AiW in Bezug auf Erkrankungen des Bewegungsapparates die Pharmakotherapie sowie die Indikationsstellung von Physiotherapie an erster Stelle. Einige forderten zudem Kenntnisse auf den Gebieten der generellen perioperativen Nachbehandlung und korrekten Hilfsmittelverordnung. Injektions- bzw. Infiltrationstechniken sollten nach Meinung einzelner AiW entsprechend angepasst an die Verhältnisse in einer Allgemeinarztpraxis erlernt werden.

Alle interviewten Fachärzte für Orthopädie sahen ebenfalls die Wirbelsäulen- sowie Gelenkbeschwerden, insbesondere die Arthrosen, als wichtigste Krankheitsbilder während des Weiterbildungsabschnittes an. Mehrfach nannten sie zudem Fußfehlstellungen sowie Insertionstendinosen und das Gebiet der Osteoporose als relevante Weiterbildungsinhalte, vereinzelt ebenfalls das Erkennen von „red flags“. Diagnostisch stand für alle Orthopäden wie auch für alle AiW die körperliche Untersuchung an erster Stelle. Sie sahen jedoch die Initiierung von Bildgebung durch Allgemeinärzte als kritisch und vermuteten fehlendes Hintergrundwissen auf allgemeinärztlicher Seite. Therapeutisch benannten mehrere orthopädischen Interviewpartner ebenfalls die Pharmakotherapie als wichtigsten Weiterbildungsinhalt. Das Erlernen von Injektions- und Infiltrationstechniken betrachteten die Orthopäden sehr unterschiedlich.

Auch für die dritte Gruppe, die Fachärzte für Allgemeinmedizin, stand der Kontakt zu Patienten mit Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden an erster Stelle. Mehrere hoben ganz besonders das Erkennen von „red flags“ bzw. eines chronifizierten Rückenschmerzes und die Berücksichtigung psychosozialer Ursachen hervor. Mehrere Allgemeinärzte berichteten zudem, dass Orthopäden dazu neigen würden, psychosoziale Einflussfaktoren auf Erkrankungen zu vernachlässigen. Außerdem stuften vor allem die niedergelassenen AM auch Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Kindern und Jugendlichen sowie, ähnlich zu den AiW, Unfall- und Sportverletzungen insbesondere im ländlichen Bereich als relevante Weiterbildungsinhalte ein. Diagnostisch thematisierten auch alle Interviewpartner dieser Gruppe insbesondere die Bewegungsapparat-bezogene körperliche Untersuchung sowie bildgebende Maßnahmen. Allgemeinärzte kritisierten eine von ihnen häufig als zu frühzeitig und gehäuft empfundene Anwendung von Bildgebungsverfahren in orthopädischen Praxen. Therapeutisch erwähnte auch die allgemeinmedizinische Gruppe die Injektions- und Infiltrationstechniken, mehrere sahen diese unter Anpassung an die Praxisgegebenheiten mehrheitlich als sinnvoll an. Außerdem wünschten sie sich wie die AiW tiefergreifende

Kenntnisse zur postoperativen Nachbehandlung, sowie zur angemessenen Indikationsstellung von Physiotherapie und in der Verordnung von Hilfsmitteln. Zudem sahen sie sich mit dem erlernten Hintergrundwissen in der Lage, eine Indikation zur Operation selbst zu stellen. Sie empfanden eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten dabei als wichtig und nahmen diesbezüglich bei den Orthopäden häufig ein Defizit war.

### **5.3 Strukturelle Verbesserungsvorschläge für den orthopädischen Weiterbildungsabschnitt**

Derzeit ist in der Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin für M-V eine dreimonatige zusammenhängende Weiterbildungszeit im Fachbereich Orthopädie vorgesehen. Diese kann in einer orthopädischen Praxis oder einer orthopädischen Klinik absolviert werden.

Alle Interviewpartner erörterten ihre Meinung zum Ort der Weiterbildung sowie den verschiedenen Möglichkeiten des Ablaufs, zur Dauer des Weiterbildungsabschnittes sowie zu der Notwendigkeit und Varianten von begleitender Vermittlung theoretischen Wissens auf dem Gebiet der Erkrankungen des Bewegungsapparates. Von allen interviewten Gruppen wurden zudem Vorschläge zur strukturellen Verbesserung dieses Weiterbildungsabschnittes gemacht.

#### **5.3.1 Ort und Ablauf des Weiterbildungsabschnittes**

Der mögliche Ort der Weiterbildung sowie der dortige Ablauf stellten ein zentrales Thema während der Gespräche über die Struktur des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes dar. Von den Experten wurden hauptsächlich die orthopädische Praxis bzw. eine Abteilung für Orthopädie in einem Krankenhaus als Weiterbildungsorte genannt.

Im Krankenhaus unterschieden die Interviewpartner verschiedene Arbeitsbereiche: die Klinikambulanz bzw. Poliklinik, die Station, den OP sowie die Spezialsprechstunden. Unter Klinikambulanz bzw. Poliklinik wurde vor allem die Behandlung von ambulanten Patienten, die entweder selbst oder durch einen zuweisenden niedergelassenen Arzt vorstellig werden, verstanden. Die beiden Begriffe wurden von den Experten synonym benutzt. Als Spezialsprechstunden definierten sie Terminsprechstunden, in denen Patienten vor allem durch niedergelassene Orthopäden oder Chirurgen vorgestellt werden, um ein spezielles Krankheitsbild zu beurteilen und eine fachliche Meinung zur weiteren Diagnostik und Therapie abzugeben. Häufig würden in der Orthopädie diese Sprechstunden in Bereiche wie Schulter, Hüfte oder Knie eingeteilt, in denen sich jeweils nur Patienten mit speziellen Erkrankungen in einem dieser Bereiche vorstellten.

Von einzelnen Interviewpartnern wurden auch innovative Ideen eingebracht, die von diesem Schema abwichen. So wurde beispielsweise vorgeschlagen, die genannten Weiterbildungsinhalte komplett in einer Allgemeinarztpraxis zu erlernen oder auch an

unterschiedlichen Standorten zu hospitieren. Im Folgenden werden diese unterschiedlichen Meinungen entsprechend der Interviewpartner aufgeschlüsselt.

#### 5.3.1.1 Beurteilung der AiW

Die interviewten AiW hatten ihren orthopädischen Weiterbildungsabschnitt größtenteils in einem Krankenhaus absolviert und dies als positiv empfunden. Sie standen einem Weiterbildungsabschnitt in einer Praxis eher kritisch gegenüber, da sich ihrer Meinung nach in orthopädischen Praxen generell zu wenig Zeit für einen werdenden Allgemeinarzt genommen werden könne. Eine AiW, die gerade aus diesem Grund ihren Weiterbildungsabschnitt auf einer orthopädischen Station einer Klinik absolvierte, beschrieb:

*„...ich kenne ja nur Fachärzte für Orthopädie, die niedergelassen wirklich vielleicht 10 bis 15 Minuten für den Patienten Zeit haben [...] weiß ich nicht, ob man da so viel mitnehmen kann.“*

AiW, 28 Jahre, weiblich

Die Stationsarbeit wurde von dieser Interviewpartnerin als lehrreich empfunden. Sie habe dort überwiegend etwas über die perioperative Behandlung und häufige Komplikationen nach Operationen gelernt. Diese AiW beschrieb die Arbeit in einem kleinen Krankenhaus vor allem deshalb als hilfreich, da dort auf einer Station ein größeres Spektrum an Krankheiten zu finden sei als in einer Universitätsklinik. Den Einsatz im OP lehnte sie aus mangelndem Interesse sowie ihrer Meinung nach fehlender Relevanz ab.

Ein AiW im vierten Jahr der Weiterbildung beschrieb ebenfalls seine positiven Erfahrungen während der Weiterbildung in einer orthopädischen Klinik:

*„Ich denke, dass das in der Klinik auf eine gewisse Art und Weise viel Sinn macht, [...] weil man dort eben auch mit mehreren Oberärzten, Fachärzten zu tun hat, die auch einen unterschiedlichen Entscheidungsstil auch haben und das finde ich nicht ganz irrelevant wahrzunehmen.“*

AiW, 30 Jahre, männlich

Dieser AiW hatte selbst gerade drei Monate in einer orthopädischen Universitäts-Poliklinik verbracht und profitierte von den verschiedenen Blickwinkeln und den sich ergänzenden Kompetenzen, anstatt von der Subjektivität eines Einzelnen in einer Praxis beeinflusst zu werden. Stationsarbeit dagegen empfand er als irrelevant, da dort wenig Kompetenzen für die spätere allgemeinmedizinische Tätigkeit erlangt werden könnten.

Ein AiW, der aufgrund seines Weiterbildungsweges entsprechend der alten Weiterbildungsordnung selbst keinen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt absolviert habe, war der Meinung, dass auch in einer Allgemeinarztpraxis viele relevante Kenntnisse aus dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates erlernt werden könnten. Dieser Interviewpartner schlug zudem vor, den orthopädischen Weiterbildungsabschnitt zu teilen und

beispielsweise einen Monat in einer Poliklinik und zwei Monate in einer orthopädischen Praxis zu verbringen, um die verschiedenen Arbeitsweisen kennenzulernen.

#### 5.3.1.2 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Orthopäden

Die Mehrheit der orthopädischen Interviewpartner sprach sich für eine Weiterbildung in einer orthopädischen Praxis aus. Einer der niedergelassenen Orthopäden betonte jedoch, dass es deutliche Qualitätsunterschiede zwischen den einzelnen Praxen gäbe. Er konkretisierte die Thematik durch folgende Beispiele:

*„Bei manchen laufen im Wartezimmer die Bildschirme mit den Werbespots, was sie alles einem verkaufen wollen und dann gibt's auch total ernsthafte Praxen, wo die Leute sich Zeit nehmen und keine 90-Sekunden-Medizin herrscht. Aber das kriegt so ein Allgemeinarzt, der sich da ausbilden lassen möchte [...] da kriegt der nur begrenzte Informationen, ne. Kann auch in so einem Voodoo - Laden landen, ne, wo nur IGeL - Leistungen sind und Schamanen - Medizin.“*

FA für Orthopädie, 55 Jahre, männlich

Sein Kriterium für ungeeignete Praxen war die „90-Sekunden-Medizin“. Dabei handelt es sich um ein geflügeltes Wort, das in medizinischen Kreisen Ärzte bezeichnet, die versuchen, in möglichst kurzer Zeit sehr viele Patienten zu behandeln. In diesem Fall meinte der Interviewpartner damit Orthopäden, die sich für eine Patientenkonsultation im Durchschnitt nur 90 Sekunden Zeit nähmen. Das wiederum mache es für einen AiW schwierig, dabei etwas zu lernen. Weiterhin nannte der Interviewpartner ein überwiegendes Angebot an sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen („IGeL-Leistungen“) als Kriterium für ungeeignete Praxen. Dabei handelt es sich um Gesundheitsleistungen, die ein Patient selbst bezahlen muss, da sie nicht von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden und die vom Arzt separat abgerechnet werden können [89]. Zuletzt benutzte er Beschreibungen wie „Voodoo-Laden“ und „Schamanen-Medizin“. Damit meinte er sehr wahrscheinlich umgangssprachlich alternative Heilmethoden, deren Nutzen als nicht evidenzbasiert gelten. Dieser Interviewpartner positionierte sich ganz klar gegen diese sogenannte Komplementärmedizin, da nach seinem Verständnis der wissenschaftliche Mehrwert dahinter fehle und Praxen, die solche Methoden praktizierten, nicht dem Niveau der evidenzbasierten Medizin standhalten könnten. Dabei hob er noch die Tatsache hervor, dass es selbst für ihn als werdender Allgemeinarzt schwierig sei, diese Praxen zu differenzieren. Er empfahl, den Abschnitt zu teilen und jeweils sechs Wochen in zwei Praxen zu absolvieren, um die unterschiedlichen Arbeitsstile kennenzulernen.

Ein niedergelassener Orthopäde, der selbst eine Weiterbildungsermächtigung besaß und häufig Anfragen für Stellen als AiW bekäme, stand der Weiterbildung in einer orthopädischen Praxis kritisch gegenüber. Er nahm nach eigener Aussage keine AiW mehr in seine Praxis, da für ihn durch die steigenden Patientenzahlen die Arbeitsbelastung auch ohne Assistenten bereits zu hoch sei:

*„[...] also ein Assistent daneben, ja der kann dabei sein, aber der kann ja kaum eine Frage stellen, weil das hält alles so auf und dann warten die Patienten noch länger.“*

FA für Orthopädie, 59 Jahre männlich

Dieser Orthopäde schlug eine Ablösung des bisherigen Weiterbildungsabschnittes der Orthopädie durch eine theoriegeleitete Wissensvermittlung vor:

*„[...] dass die Inhalte [...] alles was man so reinpacken kann im Prinzip theoretisch abgehandelt wird, dann praktisch abgehandelt wird in Form von Praktika, man kann das ja im Hörsaal machen, mit Patientenvorstellungen [...]. Man kann Untersuchungstechniken auch gegenseitig üben und lernen.“*

FA für Orthopädie, 59 Jahre, männlich

Er stellte sich vor, dass die Organisation dieser Übungseinheiten zentral durch den Lehrstuhl für Allgemeinmedizin erfolge. Dadurch sollte das Problem der einzelnen, selbst zu organisierenden Abschnitte durch den AiW behoben werden. Außerdem wäre so ein einheitlicher Ausbildungsstandard für die werdenden Allgemeinärzte gewährleistet, ohne dass die niedergelassenen Weiterbilder zeitlich zusätzlich belastet würden.

Der interviewte universitär tätige Orthopäde empfahl die Klinikambulanz bzw. Poliklinik als Standort für die Tätigkeit während des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes. Er begründete dies hauptsächlich damit, dass an diesen Stellen eine sehr große Bandbreite an häufig vorkommenden Krankheitsbildern zu sehen wäre und erlernt werden könnte, diese einzuschätzen und zu behandeln. Somit wären diese Patienten bezogen auf die verschiedenen Standorte in einer Klinik am dichtesten an dem Patientenspektrum einer späteren Praxis. Die Tätigkeit im OP wäre für ihn nachrangig, da er dort keinen großen Mehrwert für die spätere Arbeit der Allgemeinärzte sehe.

#### 5.3.1.3 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Allgemeinärzte

Mehrere interviewte Allgemeinärzte sprachen sich dafür aus, den orthopädischen Weiterbildungsabschnitt in einer orthopädischen Praxis zu absolvieren. Eine Allgemeinärztin aus einer deutschen Großstadt stellte diese vorwiegende Grundhaltung beispielhaft dar:

*„Wichtig ist glaub ich, dass die Weiterbildungsassistenten dann wirklich in einem relativ ambulanten Bereich arbeiten. Weil es nützt ihnen ja nichts, wenn sie stundenlang am OP-Tisch stehen und irgendwelche Haken festhalten, weil da lernt man nichts für die Praxis.“*

FÄ für Allgemeinmedizin, 42 Jahre, weiblich

Hier wurde auch deutlich, dass sie die Arbeit in einer Klinik, vor allem im Operationssaal, für nicht zielführend für die allgemeinärztliche Tätigkeit sah. Selbst habe sie keinen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt absolviert, habe jedoch viel während ihrer Weiterbildung im Bereich Chirurgie gelernt. Diese Interviewpartnerin besaß eine Weiterbildungsermächtigung und bildete zu der Zeit Studenten im Praktischen Jahr aus. Sie

arbeitete zunächst mit den Studenten in der Sprechstunde zusammen, beurteilte deren Kenntnisse und besprach gemeinsam Behandlungsanlässe. Im Verlauf der Zeit ließ sie die Studenten dann selbstständig arbeiten und sich die Ergebnisse präsentieren. Die Mitarbeit eines AiW in einer orthopädischen Praxis stelle sie sich ähnlich vor. Insgesamt glaubte sie, dass im ambulanten Bereich am meisten Kompetenzen für die spätere allgemeinärztliche Tätigkeit mitgenommen werden könnten.

Eine Allgemeinärztin, die sowohl eine allgemeinärztliche Praxis leitete, als auch im universitären Bereich tätig war, beschrieb allerdings deutliche Unterschiede in der Arbeitsweise der verschiedenen orthopädischen Praxen, die dann auch einen Einfluss auf die Weiterbildung des zukünftigen Allgemeinarztes haben könnten:

*„Also am besten wäre es natürlich in einer ordentlich arbeitenden orthopädischen Praxis. [...] Also da gibt's halt viele Praxen, die nicht so ordentlich arbeiten. Ja, die halt einfach renken, renken, renken und nicht gescheit untersuchen, also das sollte [...] zum Beispiel auch eine größere Praxiseinheit sein, wo man dann doch eher die relevanten Dinge dann auch eher sieht.“*

Universitär tätige Allgemeinärztin, 60 Jahre, weiblich

Die Interviewpartnerin legte Wert darauf, dass die orthopädische Lehrpraxis differenziert untersuche und arbeite, um dies auch an den werdenden Allgemeinarzt weiterzuvermitteln. Sie selbst habe während ihres Praktikums nach dem Staatsexamen vier Monate in einer orthopädischen Rehabilitationsklinik gearbeitet und dort viele Erfahrungen auf dem Gebiet der konservativen Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates sammeln können. Außerdem vertrat sie die Meinung, dass in einer größeren Praxiseinheit eher die entsprechende Bandbreite an jeweiligen Weiterbildungsinhalten erlernt werden könnte.

Die Weiterbildung in einem Krankenhaus wurde von den interviewten Allgemeinärzten kaum präferiert, da sie die Arbeit und das Patientenspektrum dort als zu spezialisiert ansahen. Sie bewerteten vor allem die Tätigkeit in Spezialsprechstunden als negativ, die beispielsweise von einem Allgemeinarzt aus dem universitären Bereich wie folgt beschrieben wurde:

*„Also nicht jetzt sechs Monate in der Spezialambulanz für Hüftgelenkserkrankungen oder sowas, sondern dann muss wirklich das breite Spektrum vorkommen.“*

Allgemeinarzt aus dem akademischen Bereich, 58 Jahre, männlich

In diesen Sprechstunden, die sich auf ein Gebiet wie etwa Hüft- oder Schultergelenkserkrankungen spezialisierten, wäre eine gewisse Erfahrung in der Orthopädie von Nöten und häufig würden diese von Fachärzten abgehalten. Dies ging seiner Meinung nach über das Spektrum, das ein Allgemeinarzt erlernen solle, hinaus. Eine Allgemeinärztin berichtete von solchen Erfahrungen während ihrer eigenen Weiterbildung. Sie erzählte, dass sie in den Spezialsprechstunden einer Universitätsklinik gearbeitet und kaum etwas aus dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates für die Allgemeinmedizin mitgenommen habe:

*„Ich hab also in der Poliklinik der Universität Sprechstunde gemacht [...]. Das fand ich immer so doof, da schicken ausgebildete Orthopäden Patienten hin in die Universität, weil sie nicht weiterwissen und dann sitzt da so ein Ausbildungsassistent und nicht mal für Orthopädie, sondern für Allgemeinmedizin.“*

FÄ für Allgemeinmedizin, 51 Jahre, weiblich

Sie hatte sich während dieser Zeit überfordert gefühlt, da sie viele Entscheidungen ohne entsprechendes Hintergrundwissen treffen musste. Eine Einarbeitung oder Supervision durch Fachärzte habe trotz der Komplexität der Krankheitsfälle nicht stattgefunden. Auch von anderen Experten wurde betont, dass eine Einarbeitung durch Fachärzte sowie die permanente Möglichkeit der Rücksprache mit diesen eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit in einer Klinikambulanz bzw. Poliklinik sei.

Die Mitarbeit im operativen Bereich wurde mehrheitlich als weniger relevant eingestuft und solle nur bei Interesse von Seiten des Allgemeinarztes berücksichtigt werden. Ein universitär tätiger Allgemeinarzt empfahl jedoch zumindest eine kurzzeitige Hospitation im OP, um geplante Operationen bei den späteren eigenen Patienten einschätzen zu können:

*„Also man sollte schon mal in so einem OP gewesen sein, man sollte auch mal bei so einer Operation wie einer Endoprothese oder einer Arthroskopie oder Osteosynthese hospitiert haben, das finde ich schon [...] damit man weiß, was da passiert, wovon man spricht, aber zumindest wenig, weil da muss man nicht wochenlang sein.“*

Universitär tätiger Allgemeinarzt, 58 Jahre, männlich

Dieser Experte erhoffte sich hieraus vor allem Kenntnisse zu häufigen Operationen, um das perioperative Risiko einschätzen zu können und Grundlagen für die häufig durch Allgemeinärzte durchgeführte Nachbehandlung zu schaffen.

Mehrere der interviewten Allgemeinärzte sahen dagegen die Allgemeinarztpraxis als besten Standort an, um Kenntnisse zu den Erkrankungen des Bewegungsapparates zu erlangen. Einige Interviewpartner betonten, dass sie einen Unterschied zwischen dem Fachgebiet der Orthopädie und Erkrankungen des Bewegungsapparates, wie sie in der Allgemeinmedizin betrachtet würden, sähen. Ein Allgemeinarzt aus dem universitären Bereich begründete dies wie folgt:

*„Ich glaube, es gibt eine typische Herangehensweise, also 'ne typische allgemeinärztliche Herangehensweise an diese Probleme und die kann nur in der Allgemeinpraxis gelernt, vermittelt werden.“*

Universitär tätiger Allgemeinarzt, 55 Jahre, männlich

Dabei beschrieb er während des Interviews diese typische allgemeinmedizinische Herangehensweise als eine ganzheitliche Betrachtung der Patienten unter Einbeziehung weiterer Faktoren in den Krankheitsverlauf. So ging es ihm sowohl um die Einbeziehung von psychosozialen Faktoren als Einfluss auf einen Genesungsprozess, als auch um die Einbeziehung von Faktoren, die eine Chronifizierung von Beschwerden vermeiden könnten



bzw. vorantrieben. Anstelle von aufwendiger technischer Diagnostik betonte er die Wichtigkeit der Beurteilung des klinischen Bildes im individuellen Gesamtkonzept eines Patienten. So zöge er beispielsweise verschiedene Scores zur Beurteilung von Schmerzen sowie der alltäglichen Funktionsbeeinträchtigung heran.

Ein anderer Allgemeinarzt, der selbst sowohl im universitären Bereich als auch in einer Allgemeinarztpraxis arbeitete, sah die zukünftige allgemeinmedizinische Weiterbildung komplett in der Allgemeinarztpraxis:

*„...der ideale Ort, um unkomplizierte Beschwerden des Bewegungsapparates in der Therapie und Diagnose zu erlernen, ist eigentlich die qualitativ hochwertige Weiterbildung der Hausarztpraxis.“*

Universitär tätiger Allgemeinarzt, 42 Jahre, männlich

Er stellte sich einzelne Abschnitte vor, in denen der zukünftige Allgemeinarzt dann aus der allgemeinmedizinischen Praxis heraus andere Fachgebiete kennenlerne:

*„Ich würde mir wünschen, dass aus der Praxis heraus dann einzelne Episoden sind, wo man dann die Arbeitsweise des anderen kennenlernt. Und je nach dem wo das didaktisch Sinn macht, könnten das dann Abschnitte von 14 Tagen oder vier Wochen irgendwo sein [...] einen Tag in der Woche Orthopädie und einen Tag in der Woche in der gleichen Zeit Anästhesiologie oder so.“*

Universitär tätiger Allgemeinarzt, 42 Jahre, männlich

Seiner Meinung nach würden die grundlegenden Kenntnisse über Erkrankungen des Bewegungsapparates besser von einem erfahrenen Allgemeinarzt vermittelt und die Zeiten in anderen Fachgebieten genutzt, um spezielle Kenntnisse zu erlangen, wie beispielsweise die spezielle Arbeitsweise eines Orthopäden oder auch der richtige Umgang mit Hilfsmitteln. Durch die Hospitation, beispielweise regelmäßig an einzelnen Tagen in der Woche aus der allgemeinmedizinischen Praxis heraus, könne der AiW ganz andere Schwerpunkte während der Hospitation setzen. Er könne gezielt Fragen stellen, die die allgemeinärztliche Tätigkeit betreffen, da er selbst schon einmal allgemeinmedizinisch gearbeitet hätte.

Zur genaueren Strukturierung schlug er vor:

*„Ich würde ja eher dafür plädieren, so individuelle Portfolios zu machen und dann würde ich eher so sagen, also vier Wochen oder sechs Wochen insgesamt macht Sinn, von sechs Wochen bis sechs Monaten oder so etwas. Je nach den bestimmten Inhalten ist es ja so, dass sich die Fächer ja zum Teil auch überschneiden.“*

Universitär tätiger Allgemeinarzt, 42 Jahre, männlich

Die Begründung des Experten bestand vor allem in der Überschneidung der Inhalte der einzelnen Fächer, wie beispielsweise Orthopädie und Chirurgie. Der Interviewpartner beschrieb dabei Weiterbildungsinhalte, die an beiden Standorten gelernt werden könnten, wie beispielsweise die Wundversorgung. Demzufolge sollte die gesamte Weiterbildungsordnung umstrukturiert und entsprechend der zu erlernenden Weiterbildungsinhalte ausgerichtet

werden. Das bedeute mehr Flexibilität für den werdenden Allgemeinarzt, der dann die Möglichkeit hätte, an verschiedenen Standorten die entsprechenden Inhalte zu erlernen oder auszubauen, ohne dass eine Doppelung zustande käme.

### **5.3.2 Dauer des Weiterbildungsabschnittes**

Der zu absolvierende Zeitraum für den Weiterbildungsabschnitt Orthopädie umfasst derzeit drei Monate. Die Interviewpartner begründeten ihre Meinung über die optimale Länge des Weiterbildungsabschnittes häufig durch ihre Erwartungen, die sie an die Inhalte des Abschnittes stellten. Oft nahmen sie die Erfahrungen während der eigenen Weiterbildung im Bereich Orthopädie oder, wenn sie keinen orthopädischen Abschnitt absolviert hatten, die subjektiv fehlenden Kenntnisse bezüglich der Erkrankungen des Bewegungsapparates dafür als Grundlage.

#### **5.3.2.1 Beurteilung der AiW**

Alle AiW sahen den Zeitraum von drei Monaten insgesamt als angemessen an. Das untermauerte ein AiW, der gerade seinen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt in der Poliklinik einer universitären Klinik verbracht hatte, mit folgender Aussage:

*„Vom zeitlichen Ablauf her finde ich eigentlich drei Monate eine sehr gute Wahl. Die drei Monate, wenn die gut gefüllt sind [...] im ganz normalen Rahmen einer Sprechstunde [...] oder Notaufnahme, je nachdem, dort eben möglichst viele Patienten sehen kann, denk ich sind drei Monate 'ne gute Zeit.“*

AiW, 30 Jahre, männlich

Er betonte, dass es notwendig sei, in diesem Zeitraum möglichst viele und unterschiedliche Krankheitsbilder kennenzulernen. Dies war während seiner Tätigkeit in einer Klinik durch die Arbeit in einer Sprechstunde oder der Notaufnahme möglich gewesen.

Der AiW, der selbst keinen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt absolviert hatte, war sogar der Meinung, dass der Abschnitt im Zweifel zugunsten der Allgemeinmedizin verkürzt werden könne. Das begründete er damit, dass auch in einer Allgemeinarztpraxis viel zu Erkrankungen des Bewegungsapparates erlernt werden könne.

#### **5.3.2.2 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Orthopäden**

Alle orthopädischen Interviewpartner sahen den Zeitraum von drei Monaten mindestens als angemessen an. Der Orthopäde aus dem universitären Bereich sprach der Orthopädie in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung sogar einen noch zu geringen Stellenwert im Vergleich zu der Zahl der Erkrankungen des Bewegungsapparates in der Allgemeinarztpraxis zu.

### 5.3.2.3 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Allgemeinärzte

Die meisten allgemeinmedizinischen Interviewpartner sahen den Zeitraum von drei Monaten als angemessen oder sogar zu wenig an. Das wurde von einem Allgemeinarzt aus dem universitären Bereich bekräftigt, er empfahl stattdessen sogar die Verlängerung des Weiterbildungsabschnittes Orthopädie:

*„Ich würde das heute jedem jungen Kollegen empfehlen, deshalb sogar auch mehr als 3 Monate Orthopädie zu machen, weil die Orthopädie mehr als 30 % in der Praxis vorkommt.“*

Universitär tätiger Allgemeinarzt, 58 Jahre, männlich

Dieser Experte hatte selbst zunächst eine sport- und unfallchirurgische Weiterbildung begonnen und profitierte von den dort erlangten Fertigkeiten in der späteren Behandlung seiner allgemeinmedizinischen Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates. Im weiteren Interviewverlauf schlug er vor, sechs Monate als Minimum einzuführen. Dies begründete er ebenfalls mit der Häufigkeit der auftretenden Bewegungsapparat-bezogenen Krankheitsbilder in der Allgemeinarztpraxis. Während eines halben Jahres sehe er die Möglichkeit, ein größeres, für die spätere Tätigkeit wichtiges Spektrum kennenzulernen. Während dieser Zeit wäre es einem AiW auch möglich, Sicherheit in der eigenständigen Behandlung der Patienten zu gewinnen, da er sich in diesem Zeitraum besser in eine Weiterbildungspraxis einarbeiten könne, als es in nur drei Monaten möglich wäre.

Eine Allgemeinärztin, die selbst keinen orthopädischen Weiterbildungsabschnitt absolviert hatte, sah dagegen drei Monate als ausreichend an:

*„Na ich denke um einen gründlichen Status und eine Basisuntersuchung symptombezogen zu machen, sollte das eigentlich in dem Zeitraum schon ausreichen.“*

FÄ für Allgemeinmedizin, 42 Jahre, weiblich

Diese Interviewpartnerin glaubte, sie habe viel zu Krankheitsbildern des Bewegungsapparates während ihres Weiterbildungsabschnittes in der Chirurgie gelernt und sah das als ausreichend an. Sie vertrat die Meinung, dass der Ausbildungsgrad auf einem bestimmten Gebiet auch sehr von der eigenen Interessenlage abhängig sei. Da ihre Interessen eher auf dem Gebiet der psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen lägen, wo sie auch entsprechende Zusatzqualifikationen erlangt hatte, reiche ihr die von ihr erläuterte Basisausbildung auf dem Gebiet der Erkrankungen des Bewegungsapparates aus.

Es gab jedoch auch allgemeinmedizinische Experten, die sich sogar für eine Verkürzung des Abschnittes aussprachen. Dabei handelte es sich unter anderem um dieselben Interviewpartner, die bereits im vorherigen Kapitel eine komplette Umstrukturierung zur Weiterbildung aus der Allgemeinarztpraxis heraus vorgeschlagen hatten. Ein Allgemeinarzt, der im Rahmen seiner manualtherapeutischen Fortbildung eine Woche in einer Klinik für

Orthopädie verbracht hatte, erachtete dies auch für die zukünftigen Allgemeinärzte als ausreichend:

*„Da fand ich eigentlich, also eine Woche fand ich in Ordnung. 3 Monate finde ich eigentlich dusselig. Ich weiß nicht, ob das nicht auch ein Engpass ist.“*

FA für Allgemeinmedizin, 55 Jahre, männlich

Dieser Interviewpartner war ebenfalls der Meinung, dass die Kenntnisse zu Erkrankungen des Bewegungsapparates am besten in einer Allgemeinarztpraxis erlernt werden könnten.

### **5.3.3 Begleitende Vermittlung von Theorie während des Weiterbildungsabschnittes**

Ein Teil der Interviewpartner sah eine begleitende theoretische Wissensvermittlung während des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes bzw. generell während der Weiterbildung als sinnvoll an. Dabei handele es sich um zusätzlich stattfindende Veranstaltungen, die neben dem geforderten praktischen Teil auch die dahinterliegende Theorie vermitteln sollten. Dazu entstanden sehr unterschiedliche Vorschläge zur Umsetzung dieser Idee.

#### **5.3.3.1 Beurteilung der AiW**

Ein AiW wünschte sich zumindest im stationären Bereich eine klinikinterne Feedbackrunde in Form eines Seminars:

*„Also ich denke zum Beispiel jetzt für den stationären Bereich, dass man da, da kann man es ja gut realisieren, einfach nochmal 1 Mal die Woche oder 1 Mal alle 2 Wochen irgendwie ein kleines Seminar, um so ein bisschen Feedback zu erleben.“*

AiW, 33 Jahre, männlich

Im weiteren Verlauf des Interviews beschrieb er dabei ein von Fachärzten geleitetes Seminar zu Themen des jeweiligen Fachbereichs im Frage-Antwort-Stil. Dabei würden den Assistenzärzten Fragen zu ausgewählten Bereichen gestellt, die sie im Folgenden beantworten und erläutern müssten. Das sollte einen Lerneffekt für alle Teilnehmer bieten, da auf diese Art und Weise deutlich würde, wo die Defizite der AiW lägen.

Ein anderer AiW erzählte aus eigenem Erleben, dass während seiner Zeit in der orthopädischen Poliklinik ein Seminar für Studenten im Praktischen Jahr durchgeführt worden wäre. Daran hätten auch Assistenzärzte der Allgemeinmedizin teilgenommen und dies als sehr bereichernd empfunden. Wenn keine Studenten in der Klinik waren, wäre dieses Seminar jedoch nicht durchgeführt worden. In Anlehnung daran beschrieb er im Interview den Bedarf an begleitenden Kursen für AiW:

*„[...] dass es vielleicht ein so kleines Ausbildungscurriculum da auch geben würde, dass man vielleicht einmal alle zwei Wochen oder so was irgendwie macht und dann eben Stück für Stück so die Gelenke und ebenso durchgeht, das könnte ich mir sehr gut vorstellen.“*

AiW, 30 Jahre, männlich

Er wünschte sich einen fest in die Weiterbildung integrierten und die praktische Arbeit begleitenden Kurs zur Vermittlung von Grundlagen der Erkrankungen des Bewegungsapparates. Dabei wurden von ihm insbesondere die spezifische körperliche Untersuchung sowie wichtige Erkrankungen in den verschiedenen Bereichen des Bewegungsapparates als Inhalte genannt.

#### 5.3.3.2 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Orthopäden

Ein niedergelassener Orthopäde würde sogar die komplette orthopädische Weiterbildungszeit in Form von Theorie, begleitet von praktischen Übungen an Patientenvorstellungen, abhalten. Diese Variante der Weiterbildung ist bereits im Kapitel 5.3.1.2 genauer beschrieben worden. Andere Orthopäden empfanden jedoch die theoretische Wissensvermittlung während des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes nicht als hilfreich:

*„Also wenn sie jetzt noch ein extra Seminar machen, denk ich nicht. Also wenn sie es nicht gleich vor Ort fragen an dem bestimmten Fall oder nach so einem Tag [...] Dass man das da fragt oder da noch mal nachliest und dann noch mal nachhakt. Denn das merkt sich viel besser, als wenn sie noch ein extra Seminar zum Thema Arthrose oder so. Nee, denk ich eher nicht.“*

FÄ für Orthopädie, 43 Jahre, weiblich

Dieser Interviewpartner erwartete, dass die AiW selbst aktiv werden, um sich theoretisch weiterzubilden. Anhand der praktischen Arbeit in den Praxen sollten sich die AiW die notwendigen Weiterbildungsinhalte aneignen, zusätzlich hilfreiches Wissen könne dann durch fallbezogene Gespräche mit den Lehrärzten oder selbstständiges theoretisches Studium angeeignet werden.

#### 5.3.3.3 Beurteilung der niedergelassenen und universitär tätigen Allgemeinärzte

Ein Allgemeinarzt aus dem universitären Bereich hielt begleitende Theorie für bereichernd und könne sich dabei verschiedene Varianten der Umsetzung vorstellen, wie er folgendermaßen darstellte:

*„Also da kann ich mir jetzt eine große Spannweite von Formaten vorstellen, das wird von den lokalen Gegebenheiten abhängen, das kann jetzt ein Seminar sein [...] das kann auch eine kleinere Gruppe sein, die sich lokal im Rahmen von einigen Verbundweiterbildungen zusammenfindet.“*

Universitär tätiger Allgemeinarzt, 55 Jahre, männlich

Der Interviewte brachte dabei das Format des Psychosomatikkurses ins Gespräch, in dem sich innerhalb der 80 Stunden und in den Balinthgruppen die AiW in regelmäßigen Abständen wiedertreffen und für sie relevante Themen besprechen würden. Als Inhalte beschrieb er im Interview vor allem die Thematisierung der körperlichen Untersuchung, das Besprechen von Krankheiten mit ihren Differentialdiagnosen, aber auch die themenbezogene Gesprächsführung, wie beispielsweise Ursachen für Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Des Weiteren wünschten sich einige allgemeinmedizinische Interviewpartner, dass diese Seminare durch Allgemeinärzte oder zumindest nicht ausschließlich durch Orthopäden geleitet würden:

*„Und die sollten auf jeden Fall in hausärztlicher Hand sein, diese Seminare und sollten nicht ausschließlich von Orthopäden durchgeführt werden.“*

FA für Allgemeinmedizin, 55 Jahre, männlich

Der Allgemeinarzt praktizierte selbst dieses Fortbildungsprinzip und begründete dies mit den unterschiedlichen Ansätzen von Allgemeinärzten und Orthopäden sowohl in der Weiterbildung als auch in der praktischen Arbeit selbst. Er fand es wichtig, dass die AiW bereits hier ein Verständnis für die allgemeinärztliche Tätigkeit vermittelt bekämen und das könne seiner Meinung nach nur durch Allgemeinärzte selbst erfolgen, da die Orthopäden eine ganz andere Arbeitsweise hätten.

Eine interviewte Allgemeinärztin vertrat dagegen die Meinung, dass die Theorie besser an einem praktischen Fall erlernt würde, der selbst in der Praxis erlebt würde. Durch dieses praktische Lernen solle sich das gewonnene Wissen deutlich besser einprägen, als es durch ein theoretisches Seminar oder einen Vortrag möglich wäre:

*„[...] das erwarte ich einfach von einem Weiterbildungsassistenten [...], dass wenn irgendwelche Abläufe, Krankheitsbilder, Symptome nicht klar sind, dass man das dann einfach selbstständig nachliest, weil man tut es ja für sich und da muss glaub ich auch keiner mehr stehen und irgendwelche Vorträge halten.“*

FÄ für Allgemeinmedizin, 42 Jahre, weiblich

Sie erwartete diesbezüglich Eigenverantwortlichkeit der AiW und entsprechend Selbstdisziplin, sich fehlendes theoretisches Wissen selbst anzueignen.

### 5.3.4 Zusammenfassung und Gegenüberstellung der Perspektiven

In Abbildung 17 werden die verschiedenen genannten Veränderungs- bzw. Verbesserungsmöglichkeiten der Interviewpartner in einer Übersicht dargestellt:

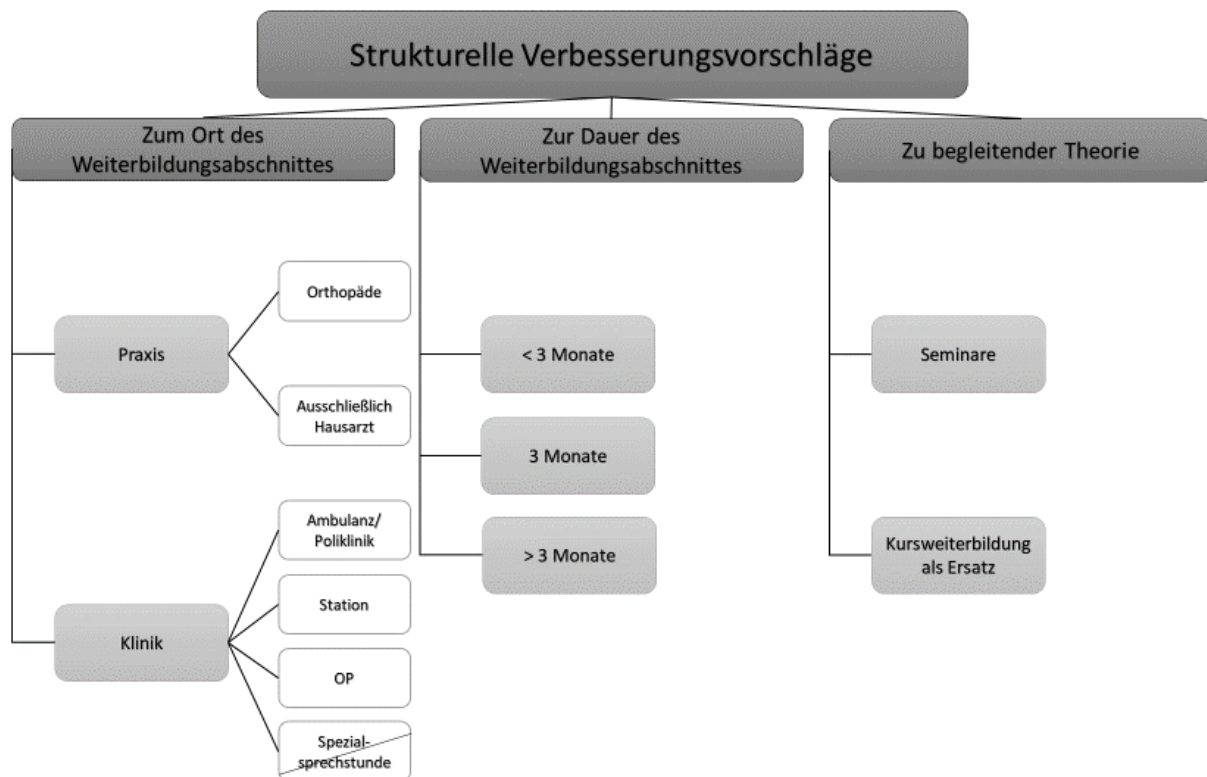


Abbildung 17: Strukturelle Verbesserungsvorschläge

Differenziert nach den einzelnen Interviewpartnern bildeten sich innerhalb der Gruppen Tendenzen zu den jeweiligen Möglichkeiten der strukturellen Veränderungen heraus. Diese Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede werden in Tabelle 9 entsprechend der drei Expertengruppen dargestellt:

	AiW	Orthopäden	Allgemeinärzte
Ort	Klinik	Orthopädische Praxis	
Dauer	3 Monate oder mehr		
Theorie	Wichtig	Unwichtig	Keine klare Tendenz

Tabelle 9: Strukturelle Verbesserungsvorschläge sortiert nach Expertengruppen

Die interviewten AiW sahen mehrheitlich eine orthopädische Abteilung eines Krankenhauses als sinnvollsten Ort der orthopädischen Weiterbildung an. Sie hoben sowohl die Stationsarbeit als auch die Arbeit in einer Poliklinik hervor, begründet wurde dies von den Interviewpartnern durch eigene Erfahrungen. Ein AiW schlug als Alternative die Aufteilung des Weiterbildungsabschnittes auf verschiedene Orte vor, auch die Allgemeinarztpraxis nannte er als mögliche Alternative. In einer orthopädischen Praxis befürchteten die Interviewpartner

mangelnde Zeit für den AiW. Den Zeitraum von drei Monaten beurteilten alle AiW als angemessen. Die Gruppe der interviewten AiW betonte zudem die begleitende Vermittlung von theoretischem Wissen während des Weiterbildungsabschnittes, alle hätten diesbezüglich positive Erfahrungen gemacht.

Die interviewten Orthopäden sprachen sich im Gegensatz zu den AiW mehrheitlich für die Weiterbildung in einer orthopädischen Praxis aus. Positiv hervorgehoben wurde vor allem die Nähe der Patientenpopulation und der Krankheitsbilder zur späteren Arbeit in der eigenen Praxis im Gegensatz zur Arbeit in einem Krankenhaus. Kritisch bewertet wurde vor allem die unterschiedliche Arbeitsweise der orthopädischen Praxen, von denen einige gewinnorientiert erschienen, sowie der Zeitfaktor, da durch das hohe Patientenaufkommen wenig Zeit für die Weiterbildung bliebe. Als tiefergreifende Veränderungen schlugen einzelne Orthopäden wie zuvor ein AiW vor, den Abschnitt zu teilen, um unterschiedliche Stile kennenzulernen oder aber das Wissen zu Erkrankungen des Bewegungsapparates nur theoretisch zu vermitteln. Eine Zeit von drei Monaten wurde von allen Interviewpartnern für mindestens angemessen gehalten. Einige interviewte Orthopäden standen zusätzlicher Theorievermittlung kritisch gegenüber und sahen den Lerneffekt eher in der praktischen Arbeit bzw. im Selbststudium.

Die interviewten Allgemeinärzte befürworteten wie die Orthopäden mehrheitlich die Weiterbildung in einer orthopädischen Praxis. Auch in dieser Gruppe der Interviewpartner wurde die unterschiedliche Qualität von orthopädischen Praxen als problematisch hervorgehoben. Der Arbeit in einem Krankenhaus standen die interviewten Allgemeinärzte insgesamt eher ablehnend gegenüber. Die Arbeit im operativen Bereich wurde auch von ihnen nur bedingt als hilfreich für die spätere Praxisarbeit empfunden und sollte – wenn überhaupt – in einem kurzen Zeitraum als Hospitation stattfinden. Einige waren sich die allgemeinmedizinischen Experten, dass Spezialsprechstunden das Aufgaben- und Kenntnisgebiet eines werdenden Allgemeinarztes überstiegen und nicht als Weiterbildungsstätte geeignet wären. Insgesamt wurden vor allem von den universitär tätigen Allgemeinärzten Vorschläge zur Umstrukturierung des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes gemacht, die zum Teil eine Veränderung der gesamten Weiterbildungsstruktur nach sich ziehen würden. Auffällig war vor allem die Idee der Verortung der gesamten Weiterbildung in der Allgemeinarztpraxis, sowie der Vorschlag der Orientierung an den zu erlernenden Weiterbildungsinhalten. Die Mehrheit der Allgemeinärzte sprach sich wie auch die anderen Gruppen für einen Mindestzeitraum von drei Monaten zur Weiterbildung im Bereich Orthopädie aus. Als Grund für diesen Zeitraum oder seine Verlängerung wurde vor allem genannt, genug Patienten mit entsprechenden Krankheiten gesehen zu haben. Die Experten, die sich für eine Verkürzung des Abschnittes aussprachen, betonten systemimmanente Fehlversorgungsphänomene bzw. schlugen eine grundlegende Änderung der Weiterbildung vor. Bezüglich der theoretischen Wissensvermittlung bestanden in dieser



Gruppe der Interviewten gegensätzliche Haltungen. Die Befürworter von begleitenden Seminaren und anderen Veranstaltungen sahen dies als notwendigen Zugewinn zur praktischen Arbeit in der Praxis. Die Gegner von zusätzlicher Theorievermittlung sahen den Lerneffekt eher während der praktischen Arbeit und dem direkten Austausch mit dem Lehrarzt, bei weiterem Bedarf könne das Selbststudium herangezogen werden.

## **6. Diskussion**

Im Folgenden werden die Ergebnisse diskutiert und die Konsequenzen, die daraus für die Umsetzung eines Curriculums für die Weiterbildung gezogen werden können, betrachtet. Im Anschluss werden die Stärken und Schwächen der Arbeit herausgestellt. Abschließend wird ein Ausblick auf den noch bestehenden Forschungsbedarf gegeben und Vorschläge für weitere Untersuchungen unterbreitet.

### **6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in den aktuellen Forschungsstand**

In der vorliegenden Studie wurden insgesamt 16 Interviewpartner aus den Bereichen der Allgemeinmedizin, der allgemeinmedizinischen Weiterbildung sowie der Orthopädie befragt. Sie äußerten sich in den Interviews zu fachlichen Inhalten sowie strukturellen Gegebenheiten des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes während der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und beurteilten die generelle Relevanz eines solchen Abschnittes für einen werdenden Allgemeinarzt.

#### **6.1.1 Relevanz des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes**

Eine Besonderheit an der Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin in M-V ist die Position des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes als ein Pflichtbestandteil. Um die Relevanz des orthopädischen Abschnittes zu bewerten, muss auch beurteilt werden, ob die als sinnvoll erachteten Inhalte eher von Orthopäden oder von Allgemeinärzten selbst vermittelt werden können und sollten. Wenn die Antwort auf diese Frage der Allgemeinarzt ist, müsste ein solcher orthopädischer Abschnitt gar kein Bestandteil der Weiterbildung sein. Vielmehr müsste dann sichergestellt werden, dass die entsprechenden Kompetenzen (die bisher allerdings kaum definiert worden sind) im allgemeinärztlichen Weiterbildungsabschnitt vermittelt würden. In der Ergebnisdarstellung wird jedoch deutlich, dass die Orthopädie von einer deutlichen Mehrheit der Interviewpartner als wichtiger und zum Teil auch als unterrepräsentierter Bestandteil der Weiterbildung Allgemeinmedizin in M-V angesehen wurde.

Begründet wurde die Wichtigkeit des Abschnittes durch alle Interviewpartner mit dem hohen Anteil an Bewegungsapparat-bezogenen Patientenkontakten im Alltag eines Allgemeinarztes. Bezogen auf die erwähnten Krankheitsbilder standen an erster Stelle das Erkennen und das richtige Einschätzen der Schwere einer Krankheit. Das ist letztendlich ein Lerneffekt, der auch durch die Häufigkeit, in der entsprechende Patienten während der Weiterbildung gesehen werden, eintritt. Wo jedoch die dafür notwendigen Kompetenzen am besten erworben werden können, wurde diskrepant beurteilt.

Bisher ist die Orthopädie in nur zwei Bundesländern als allgemeinmedizinischer Weiterbildungsabschnitt etabliert. Prinzipiell steht eher die gesamte Weiterbildung im Fokus der Forschungsprojekte, auch in der neuen MWBO ergibt sich bisher kein Hinweis auf eine gesonderte Berücksichtigung der Orthopädie als relevantes Weiterbildungsfach. Im kompetenzbasierten DEGAM-Curriculum (siehe Kapitel 2.2.4.4) sind zumindest einige Inhalte bezüglich des Bewegungsapparates aufgelistet. Werden die vorliegenden Ergebnisse dieser Studie betrachtet, besteht diesbezüglich ein deutlicher Bedarf an tragfähigen Weiterbildungskonzepten in Deutschland.

In den Interviews wurden von den Fachärzten für Orthopädie Defizite der derzeitigen niedergelassenen Allgemeinärzte auf dem Gebiet der Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie ihre eigene Belastung durch entsprechende Patienten als weitere Begründungen für einen orthopädischen Abschnitt genannt. Dies deutet, ebenso wie die teilweise sehr kritische Haltung der langjährig niedergelassenen Allgemeinärzte, auf gesundheitssystem-bedingte Herausforderungen in der Weiterentwicklung der allgemeinärztlichen Weiterbildung hin.

### **6.1.2 Fachliche Inhalte des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes**

In der detaillierten Betrachtung der in dieser Arbeit von den Interviewpartnern genannten Weiterbildungsinhalten werden einige Gemeinsamkeiten deutlich. Vor allem der Kontakt zu Patienten mit Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden sowie die orthopädisch fokussierte körperliche Untersuchung der Patienten wurden als wichtige Lernziele von allen Interviewten hervorgehoben. Therapeutisch betonte die überwiegende Zahl der Experten die Pharmako- und Physiotherapie als wichtige Säulen während des Abschnittes. Insgesamt sahen sie die konservative Behandlung häufiger Erkrankungen des Bewegungsapparates als übergeordnetes Ziel des Weiterbildungsabschnittes. Im Vergleich mit der Literatur werden im kompetenzbasierten Curriculum der DEGAM Hinweise auf Erkrankungen des Bewegungsapparates gefunden. Hier werden ebenfalls „Arthrose“ oder „Bandscheibenvorfall“ sowie ganz allgemein ihre „Diagnostik“ und „Therapie“ [61, p. 14] als wichtige Weiterbildungsziele genannt. In der aktuellen Weiterbildungsordnung M-V gibt es zudem Hinweise auf das Erlernen von Pharmakotherapie, allerdings ohne konkreten Verweis auf einen spezifischen Weiterbildungsabschnitt [43]. Diese Gemeinsamkeiten bekräftigen die Bedeutung der genannten Weiterbildungsinhalte für ein zu entwickelndes Curriculum.

Des Weiteren werden in der vorliegenden Studie einige fachliche Inhalte benannt, deren Wichtigkeit nach Meinung der verschiedenen Interviewpartner variiert.

Die Gruppe der interviewten Orthopäden ergänzte das Spektrum der wichtigen Krankheitsbilder um Insertionstendinosen und Fußfehlstellungen, häufig genannt wurde auch die Osteoporose. Zu „Fußdeformitäten“ und „Osteoporose“ finden sich ebenfalls Hinweise im

DEGAM-Curriculum [61, p. 14]. Diese Wichtung entstand bei den interviewten Orthopäden jedoch vermutlich eher aus dem Grund, dass sie sich in ihren Praxen durch die Zuweisung von Patienten mit solchen Beschwerden durch die Allgemeinärzte als überlastet sahen. Die Fachärzte für Orthopädie gingen sogar so weit, dass sie bei besserer Ausbildung der zukünftigen Allgemeinärzte eine Entlastung ihrer Praxen und Polikliniken von konservativ zu behandelnden Patienten sahen. Diese These kann allerdings erst nach Etablierung des Curriculums und folgender Evaluation überprüft werden.

Die interviewten Allgemeinärzte benannten zusätzlich Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Kindern und Jugendlichen sowie Unfall- und Sportverletzungen als Inhalte des Abschnittes. Hier sprachen die Interviewpartner aus ihrer Erfahrung während ihrer Praxistätigkeit und priorisierten die tatsächlich häufig vorkommenden Erkrankungen des Bewegungsapparates in der Allgemeinmedizin. Ihre Beurteilung in diesem Themenbereich sollte einen gehobenen Stellenwert einnehmen, da ihre Erfahrung aus der täglichen Praxisarbeit maßgebend für diese Inhalte der Weiterbildung ist.

Diagnostisch sahen viele der Interviewten in der korrekten Indikationsstellung von Bildgebung auch einen wichtigen Weiterbildungsinhalt, hier gingen die Meinungen der Facharztgruppen allerdings deutlich auseinander. Die interviewten Orthopäden und Allgemeinärzte kritisierten gegenseitig eine zu häufige oder falsche Indikationsstellung, die nicht durch die jeweils andere Fachgruppe vermittelt werden sollte. Insgesamt besteht hier ein Konflikt, dem durch eine Weiterentwicklung der Weiterbildung im orthopädischen Bereich auch auf dem Gebiet der Anwendung diagnostischer Methoden Abhilfe geschaffen werden kann. Zusammen mit der subjektiv durch den Patienten wahrgenommenen Einschränkung durch eine Erkrankung sollen diese Kenntnisse für eine bessere Versorgung der Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates in einer Allgemeinarztpraxis sorgen.

Therapeutisch wurden beispielsweise die verschiedenen Injektions- und Infiltrationstechniken kontrovers betrachtet. Die häufige und zumeist invasivere Anwendung in einer orthopädischen Abteilung eines Krankenhauses könnte der Grund sein, warum sie bei AiW als Thema präsent waren, denn die interviewten AiW hatten in der Mehrheit ihren orthopädischen Abschnitt in einer Klinik absolviert. Die häufige Anwendung in einer orthopädischen Praxis machte diese Techniken auch für die Fachärzte für Orthopädie zum Thema, allerdings wurde keine konkrete Empfehlung abgegeben. Aus ihrer Erfahrung in der eigenen Praxis sahen die Fachärzte für Allgemeinmedizin diese Therapie als überwiegend sinnvoll an. Insgesamt sollten auf diesem Gebiet vor allem die Meinungen der interviewten niedergelassenen Allgemeinärzte sowie Orthopäden berücksichtigt werden, da diese Gruppen durch ihre Erfahrung in der Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates in der Niederlassung gleichermaßen wertvolle Hinweise zu den wichtigen Weiterbildungsinhalten geben können.

### 6.1.3 Strukturelle Verbesserungsvorschläge für den orthopädischen Weiterbildungsabschnitt

Strukturell haben sich die Interviewpartner zu dem möglichen Ort sowie der Dauer des Weiterbildungsabschnittes Orthopädie und begleitender Theorie geäußert.

Als Ort des Weiterbildungsabschnittes kommen unter Voraussetzung der aktuellen Weiterbildungsordnung sowohl eine orthopädische Praxis, als auch eine orthopädische Klinik als Möglichkeiten in Betracht. Innerhalb der Klinik gibt es dabei noch verschiedene Möglichkeiten der Verortung. Von den Experten wurden die Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen. Dabei standen grundsätzlich das vor Ort vorhandene Spektrum an Krankheitsbildern und die Inhalte, die an den verschiedenen Standorten in unterschiedlicher Ausführlichkeit erlernt werden können, im Vordergrund. In der folgenden Tabelle sind die Argumente der Experten für oder gegen die entsprechenden Standorte sowie Veränderungsvorschläge dargestellt:

	Pro	Kontra
<b>Orthopädische Praxis</b>	mehr Kompetenzen für spätere Praxisarbeit erlernbar	schlecht arbeitende Praxen schwer für Allgemeinärzte zu erkennen
	Näher an späterer Arbeit, da ähnliches Krankheitsspektrum	Möglicherweise nur Hospitation
<b>Krankenhaus</b>	Arbeit mit verschiedenen Ärzten möglich	Im OP keine Kompetenzen für die Praxisarbeit erlernbar
	In Poliklinik breites Krankheitsspektrum	In Spezialsprechstunden keine Kompetenzen für die Praxisarbeit erlernbar
	Auf Station viel Zeit zum Lernen und Üben	Krankheitsspektrum einer Klinik zu spezialisiert
<b>Veränderungsvorschläge</b>	Erlernen der Erkrankungen des Bewegungsapparates in der Allgemeinarztpraxis	
	Allgemeinarztpraxis als Weiterbildungsort, daraus Hospitationen bei anderen Fachärzten oder in der Klinik	
	Aufteilen des Weiterbildungsabschnittes auf verschiedene Standorte (Praxis, Klinik)	
	Abhandlung des Weiterbildungsabschnittes durch Vermittlung von Theorie im Hörsaal in Kombination mit praktischen Übungen	

Tabelle 10: Ort des Weiterbildungsabschnittes

Auffällig ist hier vor allem, dass die Argumente für die Arbeit in der orthopädischen Praxis vor allem die Nähe zur späteren eigenen Tätigkeit betreffen, während die Argumente für die Arbeit in der Klinik eher das große Krankheitsspektrum sowie die größere Zahl der Ärzte, von denen gelernt werden kann, umfassen. So plädierten die interviewten niedergelassenen Ärzte sowohl aus dem allgemeinmedizinischen als auch dem orthopädischen Bereich eher für eine Weiterbildung in einer Praxis, während die klinisch geprägten AiW einen dortigen Abschnitt vorzogen. Unter Berücksichtigung des späteren Tätigkeitsfeldes scheint eine Praxis zunächst

der sinnvollere Ort zu sein. Durch weitere Studien, beispielsweise in Form einer Überprüfung von angeeignetem Wissen und Kompetenzen nach dem Weiterbildungsabschnitt sollte hier eine Evaluation erfolgen. Grundsätzlich wurde von allen Interviewpartnern deutlich Abstand von Spezialabteilungen, wie auch Spezialsprechstunden, in Kliniken genommen. Das Ziel der Weiterbildung sei es, unabhängig vom Ort, einen möglichst breiten Überblick über die verschiedenen Krankheitsbilder und ihre Behandlungsmethoden zu bekommen, das sei nach Meinung der Experten in solchen Spezialabteilungen/-sprechstunden nicht möglich.

Bezüglich der Dauer des Weiterbildungsabschnittes sprach sich eine deutliche Mehrheit aller Interviewpartner für einen Zeitraum von mindestens drei Monaten aus. Auch das wurde durch die als wichtig erachteten und zu erlernenden Weiterbildungsinhalte begründet. Ein kürzerer Zeitraum würde hier keine ausreichende Ausbildung sicherstellen können. Dabei wurde ein kürzerer Zeitraum auch wegen der notwendigen Einarbeitungszeit und der möglicherweise fehlenden Motivation, jemanden für einen noch kürzeren Zeitraum überhaupt anzustellen, abgelehnt. Diese Beurteilung spiegelt sich auch im Vergleich mit der Struktur der Weiterbildungsordnung Berlin wider, dort sind sogar sechs Monate Orthopädie verpflichtend zu absolvieren [38].

Letztendlich wurde die begleitende theoretische Wissensvermittlung von den meisten Experten als sinnvolle Ergänzung zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung gesehen. In Deutschland wird das bereits zum Teil im Rahmen der Weiterbildungsverbünde und Kompetenzzentren praktiziert (siehe Kapitel 2.2.4.1). International wird dies beispielsweise in Großbritannien oder Dänemark in Form von begleitenden Seminaren umgesetzt (siehe Kapitel 2.1.2.1 und 2.1.2.2), die sich etwa an dem CanMEDS-Modell orientieren. Insgesamt lag der Fokus der interviewten Experten jedoch auf dem praktischen Teil der Weiterbildung.

Einzelne Interviewpartner schlugen eine komplette Umstrukturierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vor, die auch den orthopädischen Weiterbildungsabschnitt betrifft. Dabei handelt es sich vorwiegend um Allgemeinärzte aus dem universitären Bereich, die sich im Rahmen dieser Tätigkeit bereits umfassend mit dem Thema der Weiterbildungsstruktur beschäftigt haben. Wie im Kapitel 5.3.1 bereits ausführlich erläutert, soll entsprechend einer Idee die gesamte Weiterbildung aus der Allgemeinarztpraxis heraus erfolgen und Kenntnisse aus anderen Fachgebieten durch Hospitationen an einzelnen Tagen oder Wochen erlangt werden. Dieses Modell erinnert an die Struktur der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Dänemark. Dort arbeitet jeder AiW, angelehnt an die WONCA-Standards, in einer allgemeinmedizinischen Stammpraxis und besucht von dort aus verschiedene Fachbereiche (siehe Kapitel 2.1.2.2). Der Vorteil besteht hier vor allem darin, dass für den Weiterzubildenden im Gegensatz zur derzeitigen Weiterbildung von Beginn an der Bezug zur Allgemeinmedizin besteht. Durch diese spezielle Struktur erlernt er von Anfang an die spezielle ganzheitliche Herangehensweise eines Allgemeinarztes und kann durch

Hospitation in anderen Fachbereichen konkrete fachliche Inhalte erlernen, ohne den Bezug zur Allgemeinmedizin zu verlieren.

Somit erfolgt die Weiterbildung nicht nur mit einem anderen Blickwinkel, sondern auch die Stellensituation in den spezialisierten Facharztpraxen könnte sich entschärfen. Nachteilig stellt sich bei diesem Konstrukt jedoch vor allem der dahinterstehende Organisationsaufwand dar. Es muss nicht nur eine komplett neue Struktur etabliert werden, es sind auch deutlich mehr Allgemeinarztpraxen nötig, die für den gesamten Zeitraum der Weiterbildung einen Weiterbildungsassistenten bei sich aufnehmen. Somit kommt es möglicherweise nur zur Verlagerung des Stellenproblems auf die Allgemeinarztpraxen.

Auch die finanzielle Situation müsste neu beleuchtet werden, da die werdenden Allgemeinärzte keine längeren Abschnitte in einem Krankenhaus mehr absolvieren. Während die Bezahlung in der ambulanten Weiterbildungszeit überwiegend durch das Förderprogramm (siehe Kapitel 2.2.4.2) erfolgt, wird zumindest ein Teil der Stelle in einem Krankenhaus aktuell durch dieses selbst finanziert. Weiterführend würden nach der neuen Idee durch die überwiegend ambulante Weiterbildung einige Arbeitskräfte wegfallen, die aktuell in vielen Kliniken fester Bestandteil der Arbeitsstruktur inklusive des Schichtdienstes sind.

## **6.2 Implikationen für die Weiterbildung und die Umsetzung eines Curriculums**

Die interviewten Experten betonten alle die Wichtigkeit des Erwerbs von soliden Kompetenzen in der Versorgung von Erkrankungen des Bewegungsapparates in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Die Weiterbildungsordnung M-V adressiert dieses durch die formale Festlegung eines orthopädischen Weiterbildungsabschnittes. Eine inhaltlich curriculare Lernzielausrichtung besteht jedoch nicht. Hier könnte sich an internationalen Curricula wie beispielsweise in Großbritannien (siehe Kapitel 2.1.2.1) orientiert werden, wo bereits eine genaue Dokumentation der erlangten Kompetenzen durch (digitale) Portfolios sowie regelmäßige Leistungserfassungen eingeführt wurden. Dies wird auch in den internationalen WONCA-Standards gefordert.

Wichtige Weiterbildungsinhalte stellen insbesondere die von allen Interviewpartnern gemeinsam genannten Lernziele dar. Dabei handelt es sich um häufig vorkommende Krankheitsbilder wie Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden sowie das Erlernen der körperlichen Bewegungsapparat-bezogenen Untersuchung. Auch die Pharmako- und Physiotherapie der genannten Erkrankungen stellen wichtige Komponenten dar.

Werden alle in dieser Studie durch die Interviewpartner als wichtig erachteten Inhalte des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes betrachtet, scheinen diese den zeitlichen Rahmen von drei Monaten fast zu übersteigen. Aus diesem Grund muss bei der Entwicklung eines Curriculums auf das Verhältnis zwischen Zeit und Inhalt geachtet werden.

Von den hier interviewten Experten wurden bei den als wichtig erachteten fachlichen Weiterbildungsinhalten Überschneidungen zu anderen Fachgebieten festgestellt. In der aktuellen Weiterbildungsordnung sind die wenigen genannten Inhalte bis auf einen Bezug zur Inneren Medizin keinem Fachgebiet konkret zugeordnet. Bei Begutachtung der vorliegenden Ergebnisse und der Berücksichtigung des Zeitfaktors entsteht hier der Gedanke, inwiefern einige Inhalte eines späteren Curriculums als fakultativ bzw. interdisziplinär gekennzeichnet werden können. Diesen Anstoß gaben bereits einige universitär tätige Allgemeinärzte mit dem Vorschlag, das Erlernen von Injektionen und Infiltrationen als fakultative Komponente einzustufen. Durch die Kennzeichnung „interdisziplinär“ wäre es dem Weiterzubildenden möglich, als wichtig erachtete Inhalte auch in anderen Fachbereichen zu erlernen. Etwa durch die Bewertung von Weiterbildungsinhalten durch „muss“, „soll“ und „kann“ wäre eine Entschärfung eines Curriculums für einen kurzen Weiterbildungsabschnitt möglich. Das würde den Druck nehmen, in einem kurzen Abschnitt von beispielsweise drei Monaten die geforderten Inhalte abzuhandeln, obwohl das Patientenspektrum es möglicherweise zu dem Zeitpunkt nicht hergibt. Fakultative Inhalte können es zudem dem Weiterzubildenden ermöglichen, auch eigene Interessen zu verfolgen bzw. sich dem angebotenen Spektrum der Weiterbildungsstätte bis zu einem gewissen Punkt anzupassen. Im Vorfeld müsste dazu eine Rangliste der zu erlernenden fachlichen Inhalte erstellt werden, hierfür sind weitere Studien mit diesem Fokus und größeren Interviewzahlen notwendig.

Die Struktur eines Weiterbildungsabschnittes stellt ein komplexes Thema dar, insbesondere die Eingrenzung des Ortes ist problematisch. Eine abschließende Aussage zum besten Ort des Weiterbildungsabschnittes kann hier aufgrund der Heterogenität der Antworten dieser Studie nicht getroffen werden. Zu beachten ist, dass durch eine Einschränkung des Weiterbildungsortes und eine entsprechende Zuspitzung der Stellensituation eine zusätzliche Hürde für ein erfolgreiches Abschließen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung geschaffen würde. Deshalb sollte eine Limitierung in diesem Bereich kritisch betrachtet werden.

Insgesamt ist es von Wichtigkeit, dass das entwickelte Curriculum nicht nur den Weiterbildungsassistenten, sondern auch den Weiterbildern mit entsprechender Unterweisung zur Verfügung gestellt wird, um die Basis für eine optimale Umsetzung zu schaffen. Hier bietet sich eine Etablierung eines zukünftigen Curriculums im Rahmen des Kompetenzzentrums M-V an. Die Frage der Qualitätssicherung bzw. des Assessments während der Weiterbildung wurde allerdings von keinem der Interviewpartner aufgeworfen. In diesem Zusammenhang können nicht nur die beiden Gruppen erreicht werden, sondern auch eine stetige Evaluation und Verbesserung unter universitärer Aufsicht wäre möglich.

Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass es sich in Deutschland nach wie vor um ein offenes Gesundheitssystem handelt, der Patient hat prinzipiell freie Arztwahl. Sowohl Allgemeinärzte als auch Orthopäden haben festgestellt, dass einige Patienten eigene



Vorstellungen von der Behandlung ihrer Beschwerden haben und häufig sogar ohne Konsultation des Allgemeinarztes direkt zum Spezialisten gehen. Meistens sind diese Patienten der Meinung, selbst einschätzen zu können, welche Erkrankung durch welchen Facharzt behandelt werden muss und umgehen dabei eventuell vorhandene Kompetenzen eines Allgemeinarztes. Dieses Problem kann auch durch ein Weiterbildungscurriculum nicht gelöst werden.

Außerdem ist festzuhalten, dass jeder Allgemeinarzt schlussendlich trotzdem entsprechend seiner in den verschiedenen Disziplinen angeeigneten Fertigkeiten handelt und zudem von eigenen Interessen gesteuert wird. Es wird also immer Unterschiede in den fachlichen Kompetenzen der praktizierenden Allgemeinärzte geben, die Breite dieses Berufsstandes macht für viele auch den Reiz aus. Alle Experten erhoffen sich jedoch durch die Definition von Inhalten und Kompetenzen auf dem Gebiet der Erkrankungen des Bewegungsapparates, aber auch durch Etablierung einer konkreten Struktur innerhalb des orthopädischen Weiterbildungsabschnittes, eine Verbesserung der Behandlung von entsprechenden Patienten in der Allgemeinarztpraxis und eine bessere Zusammenarbeit zwischen den beiden Disziplinen.

### **6.3 Stärken und Schwächen der Studie**

Unter Einbezug aktueller Umfragen und Entwicklungen der letzten Jahre wird deutlich, dass es sich bei den Inhalten dieser Arbeit um eine sehr aktuelle Thematik handelt. Das Bedürfnis nach Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung scheint noch nicht erfüllt, der Wunsch nach einem Curriculum besteht unter den AiW fort. Die fehlenden Inhalte der Weiterbildung werden in Umfragen auch als Grund für die Wahl eines anderen Facharztes genannt [90]. Diese Arbeit hat mit ihrem Lösungsansatz einen neuen Beitrag zur Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums geleistet. Durch die Betrachtung des einzelnen Weiterbildungsabschnittes Orthopädie und Einbezug involvierter Experten konnten wertvolle und praxisnahe Ergebnisse, mit sowohl inhaltlichen als auch strukturellen Vorschlägen, gewonnen werden. Durch die konkrete Zuordnung zum Weiterbildungsabschnitt Orthopädie können sie sowohl für den Weiterzubildenden als auch den Weiterbilder eine Grundlage für die Zeit der Weiterbildung schaffen.

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse durch die kleine Fallzahl nicht repräsentativ, sondern hypothesengenerierend sind. Die Rekrutierung von Interviewpartnern stellte vor allem aufgrund der Arbeitsbelastung der potenziellen Experten und der Schwierigkeit, AiW zu erreichen, eine besondere Herausforderung dar. Insgesamt ist jedoch eine breite Streuung mit Abdeckung aller als notwendig erachteten Expertengruppen gelungen.

Die Rolle der Autorin als interviewende und auswertende Person kann von zwei Seiten betrachtet werden. Da durch die Autorin sowohl die Interviews selbst durchgeführt als auch transkribiert und ausgewertet wurden, besteht ein enger Kontakt mit dem Datenmaterial. Mit dem Kontextwissen der Autorin konnten Informationsverluste im Vergleich zu einer Fremdtranskription und -auswertung minimiert werden. Allerdings sind Durchführung und Analyse mit dieser Vorgehensweise durch die Sichtweise einer Person geprägt. Ein anderer Interviewer hätte möglicherweise einen anderen Eindruck von der Interviewsituation vermittelt. Diesem Aspekt wurde durch die umfangreiche Vorbereitung mittels Workshops sowie Selbstreflektion und Feedback aus der Gruppenauswertung der Projektgruppe entgegengewirkt. Außerdem kann durch die damalige Position als Medizinstudentin in den Interviewpartnern das Gefühl eines mangelnden Verständnisses durch fehlende Berufserfahrung der Autorin erweckt worden sein. Dies wurde in den Interviews durch die Interviewpartner jedoch zu keiner Zeit vermittelt, zudem hatte sich die Autorin im Vorfeld der Interviews intensiv mit den theoretischen Grundlagen auseinandergesetzt. Schon aufgrund des Charakters der Forschungsfrage ist hier kein negativer Einfluss zu erwarten, da vor allem an das spezielle Expertenwissen der Interviewpartner appelliert wurde, das für jede Art von Interviewer unbekannte Erkenntnisse bringt. Zudem bestand durch das Berufsziel Allgemeinmedizin der Autorin eine besondere Motivation für die Durchführung der Interviews. Letztendlich ist der Einfluss des Interviewers mit seiner subjektiven Sichtweise auch ein wesentliches Merkmal von qualitativer Forschung.

## **6.4 Ausblick**

Die Ergebnisse dieser Arbeit machen deutlich, dass es viele verschiedene Bezugspunkte der Thematik zu angrenzenden Bereichen gibt. Dabei gibt es politische, wirtschaftliche und finanzielle sowie das Gesundheitssystem betreffende Aspekte, die in die Betrachtung miteinbezogen werden müssen. Deshalb wird in dieser Studie zunächst der Abschnitt Orthopädie im Bundesland M-V betrachtet. Darauf aufbauend sollen diese Ergebnisse dann auf andere Bereiche anwendbar sein.

Diese Arbeit bietet Hinweise für die Entwicklung eines longitudinalen Curriculums Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin. Idealerweise könnte ein solches Curriculum dann im Rahmen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin in M-V entwickelt und evaluiert werden. Übergeordnetes Ziel und Motor dieser Arbeit stellte die Attraktivitätssteigerung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung als ein Mittel gegen den Hausarzt-Mangel dar.

Insgesamt wird deutlich, dass durch die Etablierung eines Curriculums für die Weiterbildung Allgemeinmedizin eine Steigerung des Kompetenzniveaus eines Allgemeinarztes und somit auch der Qualität der Behandlung von allgemeinmedizinischen Patienten möglich ist. Diese These müsste langfristig zur Verifizierung eine überprüfende Studie nach sich ziehen.

Auch strukturell werden einige Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Diese erfordern zum Teil eine umfassende Veränderung der gesamten Weiterbildungsstruktur und sind entsprechend schwierig umzusetzen. Nichtsdestotrotz wäre eine modellhafte Implementierung in kleinem Rahmen mit engmaschiger Kontrolle und Evaluation, beispielsweise unter der Leitung eines Kompetenzzentrums, denkbar.

Schlussendlich ist auch der Aspekt der Beeinflussung durch nur einen einzigen Arzt während der Weiterbildung nicht zu vernachlässigen. Damit kommt dem allgemeinmedizinischen Weiterbilder eine große Verantwortung zu und es stellt sich die Frage, wer den Weiterbilder kontrolliert, der sein Wissen weitergibt. Diesbezüglich sind Untersuchungen und ggf. die Etablierung von Weiterbilderprogrammen empfehlenswert.

## Literaturverzeichnis

- [1] Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 5.6.2007, TOP 5.10, "Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland, Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020", 5.6.2007. [Online]. Available: [https://www.gmkonline.de/\\_beschluesse/Protokoll\\_80-GMK\\_Top0510\\_Anlage\\_AOLG-Bericht.pdf](https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top0510_Anlage_AOLG-Bericht.pdf). [Zugriff am 29.11.2016].
- [2] Bundesärztekammer, „Ärztestatistik“, 29.06.2016. [Online]. Available: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17077.php>. [Zugriff am 29.11.2016].
- [3] Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, „Investitionskostenzuschüsse und Sicherstellungszuschläge“, 08.12.2016. [Online]. Available: <http://www.kvmv.info/aerzte/27/20/Sicherstellungszuschlaege.htm>. [Zugriff am 13.12.2016].
- [4] Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern, „Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin startet in Mecklenburg-Vorpommern“, 04.05.2016. [Online]. Available: [http://www.regierung-mv.de/serviceassistent/\\_php/download.php?datei\\_id=1573984](http://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1573984). [Zugriff am 24.11.2016].
- [5] Bundesärztekammer, „Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“, 2008. [Online]. Available: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/HKonzeptInnereAllgMed.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/HKonzeptInnereAllgMed.pdf) [Zugriff am 24.11.2016].-
- [6] W. Heinrich, "Weiterbildungsverbünde Allgemeinmedizin in Deutschland - eine Bestandsaufnahme", Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin, Marburg, 2006. [Online]. Available: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2007/0315/pdf/dwh.pdf>. [Zugriff am 13.11.2015]
- [7] J. in der Schmitt, „Ärzte müssen die Initiative ergreifen,“ *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 97, Nr. 15, 14.04.2000, pp. A-976-979.
- [8] DEGAM, „Specialty Training for General Practice in Germany,“ 2009. [Online]. Available: [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/Report%20German%20GP%20Voc%20Training%20Commission%20July%20final-amalgamated%20not%20confidential.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Report%20German%20GP%20Voc%20Training%20Commission%20July%20final-amalgamated%20not%20confidential.pdf). [Zugriff am 13.11.2015].
- [9] WONCA, „Wonca Global Standards For Postgraduate Family Medicine Education,“ Juni 2013. [Online]. Available: [http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds\\_edit%20for%20web\\_250714.pdf](http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf). [Zugriff am 02.07.2016].
- [10] W. J. Herrmann, „Internationale Standards der Weiterbildung Allgemeinmedizin im Vergleich mit der Situation in Deutschland“, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Nr. 89, Oktober 2013, pp. 407-411.
- [11] M. Roos, E. Blauth und J. Steinhäuser, „Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland: Eine bundesweite Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung“, *ZEFQ*, Nr. 105, 2011, pp. 81-88.

- [12] M. Roos, J. Steinhäuser und G. Laux, „Weiterbildung mit Inhalt - Bedarfsanalyse zur Konzeption eines überregionalen Schulungsprogramm in der Verbundweiterbildung plus“, *ZEFAQ*, Nr. 105, 2011, pp. 110-115.
- [13] Europäische Union, „Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen“, *EUR-Lex*, 07.09.2005. [Online]. Available: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex:32005L0036>. [Zugriff am 03.11.2015].
- [14] Wonca Europe, About, „Wonca Europe - European Regional Branch of Wonca“. [Online]. Available: <http://www.woncaeurope.org/content/about>. [Zugriff am 02.07.2016].
- [15] J. Allen, „The European Definition of General Practice/Family Medicine - WONCA Europe 2011 Edition“, 2011. [Online]. Available: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>. [Zugriff am 23.02.2017].
- [16] Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München, „Die Aufgaben des Hausarztes“, 2011. [Online]. Available: <http://www.am.med.tum.de/>. [Zugriff am 17.02.2017].
- [17] Wonca Europe, „Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin“, 2002. [Online]. Available: [http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE\\_DEFINITON%20DER\\_ALLGEMEINMEDIZIN\\_HAUSARZTMEDIZIN.pdf](http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE_DEFINITON%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf). [Zugriff am 22.12.2015].
- [18] Working Group on Curriculum Review, „CanMEDS-Family Medicine“, Oktober 2009. [Online]. Available: <http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=3031>. [Zugriff am 02.07.2016].
- [19] J. Allen und J. Heyrman, „The EURACT Educational Agenda of General Practice/Family Medicine“, Griechenland, 2005. [Online]. Available: <http://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/euract-educationalagenda.pdf>. [Zugriff am 11.11.2015].
- [20] S. Djalali, T. Rosemann und R. Tandjung, „Weiterbildung zum Hausarzt - ein europäischer Vergleich“, 2013. [Online]. Available: [http://www.zora.uzh.ch/78326/1/Djalalai\\_Weiterbildung\\_zum\\_Hausarzt\\_%E2%80%93\\_ein\\_europ%C3%A4ischer\\_Vergleich.pdf](http://www.zora.uzh.ch/78326/1/Djalalai_Weiterbildung_zum_Hausarzt_%E2%80%93_ein_europ%C3%A4ischer_Vergleich.pdf). [Zugriff am 11.11.2015].
- [21] Royal College of General Practitioners, „RCGP - The curriculum statements“. [Online]. Available: <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/gp-curriculum-overview/document-version.aspx>. [Zugriff am 11.11.2015].
- [22] Royal College of General Practitioners, „The RCGP Curriculum: Professional & Clinical Modules“, 18.05.2015. [Online]. Available: [http://www.rcgp.org.uk/training-exams/gp-curriculum-overview/~/\\_media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2012/RCGP-Curriculum-modules.ashx](http://www.rcgp.org.uk/training-exams/gp-curriculum-overview/~/_media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2012/RCGP-Curriculum-modules.ashx). [Zugriff am 11.11.2015].
- [23] Royal College of General Practitioners, „How to become a GP“, [Online]. Available: <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/becoming-a-gp/how-to-be-a-gp.aspx>. [Zugriff am 20.02.2017].
- [24] M. Harris, „Das englische Hausarzt-Weiterbildungsprogramm - Lehren für die Schweiz?“, *Primary Care*, Bd. 10, Nr. 13, 2010, pp. 249-250.

- [25] EURACT, „United Kingdom“, 2017. [Online]. Available: <http://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database/united-kingdom>. [Zugriff am 20.02.2017].
- [26] S. Carmienke, M. H. Freitag, J. Gensichen und K. Schmidt, „Allgemeinmedizin in Dänemark“, *ZfA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Bd. 90, Nr. 1, 2014, pp. 43-47.
- [27] Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung, „Facharzt für Allgemeine Innere Medizin - Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2011“. 03.11.2016. [Online]. Available: [http://www.fmh.ch/files/pdf18/aim\\_wbp\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf18/aim_wbp_d.pdf). [Zugriff am 20.02.2017].
- [28] EURACT, „Specialty Training Database“, 2017. [Online]. Available: <http://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database>. [Zugriff am 20.02.2017].
- [29] Bundesärztekammer, „(Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 23.10.2015“, [Online]. Available: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf). [Zugriff am 14.12.2016].
- [30] E. Plat, M. Scherer, B. Bottema und J.-F. Chenot, „Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in den Niederlanden - ein Modell für Deutschland?“, *Gesundheitswesen*, Bd. 69, Nr. 7, 16.07.2007, pp. 415-419.
- [31] Dr. J. Bedward et al., „Evaluation of the RCGP GP Training Curriculum - Final Report“, Birmingham, 2011. [Online]. Available: <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/education/crmde/rcgp-report-june2011.pdf>. [Zugriff am 20.02.2017].
- [32] Bundesärztekammer, „(Muster-)Weiterbildungsordnung“. [Online]. Available: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiterfortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>. [Zugriff am 23.10.2015].
- [33] Bundesärztekammer, „(Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (MWBO 2003) in der Fassung vom 18.02.2011“. [Online]. Available: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/RiliMWBO20110218.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/RiliMWBO20110218.pdf). [Zugriff am 23.10.2015].
- [34] Bundesärztekammer, „(Muster-)Logbuch über die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin“. [Online]. Available: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/MLogbuch-1-FA\\_Allgemeinmedizin1.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/MLogbuch-1-FA_Allgemeinmedizin1.pdf). [Zugriff am 23.10.2015].
- [35] J.-F. Chenot und J. Steinhäuser, „Erläuterungen zu den Vorschlägen der DEGAM zu der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung“, 08.09.2013. [Online]. Available: [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/Erlaeuterungen\\_zum\\_Vorschlag\\_zur\\_neuen\\_Musterweiterbildungsordnung\\_der\\_DEGAM\\_20130908.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Erlaeuterungen_zum_Vorschlag_zur_neuen_Musterweiterbildungsordnung_der_DEGAM_20130908.pdf). [Zugriff am 23.07.2016].
- [36] Landesärztekammer Baden-Württemberg, „Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO 2006)“, 01.02.2016. [Online]. Available: <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/09/wbo.pdf>. [Zugriff am 14.12.2016].
- [37] Bayerische Landesärztekammer, „Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004“, 25.10.2015. [Online]. Available: [http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO\\_2004/download/WO%202004\\_2012%2010.pdf#page=14&pagemode=bookmarks&view=FitB](http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO_2004/download/WO%202004_2012%2010.pdf#page=14&pagemode=bookmarks&view=FitB). [Zugriff am 14.12.2016].

- [38] Ärztekammer Berlin, „Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin von 2004“, 11.06.2014. [Online]. Available: [https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/15\\_Weiterbildung/10Weiterbildungsordnung/00\\_WbO\\_2004\\_inkl\\_1\\_bis\\_10\\_Nachtrag.pdf](https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/15_Weiterbildung/10Weiterbildungsordnung/00_WbO_2004_inkl_1_bis_10_Nachtrag.pdf). [Zugriff am 14.12.2016].
- [39] Landesärztekammer Brandenburg, „Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg von 2005“, 11.09.2011. [Online]. Available: [https://www.laekb.de/files/142FB9BFDF1/02wbo\\_2011\\_konsolidierte\\_Fassung.pdf](https://www.laekb.de/files/142FB9BFDF1/02wbo_2011_konsolidierte_Fassung.pdf). [Zugriff am 14.12.2016].
- [40] Ärztekammer Bremen, „Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte des Landes Bremen 2011“, 25.04.2016. [Online]. Available: [https://www.aekhb.de/data/mediapool/1\\_allgemeinmedizin.pdf](https://www.aekhb.de/data/mediapool/1_allgemeinmedizin.pdf). [Zugriff am 14.12.2016].
- [41] Ärztekammer Hamburg, „Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte vom 21.02.2005“, 05.10.2015. [Online]. Available: [http://www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer\\_hamburg/aerztinnen\\_aerzte/recht/rechtsvorschriften/Weiterbildungsordnung\\_05\\_10\\_2015.pdf](http://www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer_hamburg/aerztinnen_aerzte/recht/rechtsvorschriften/Weiterbildungsordnung_05_10_2015.pdf). [Zugriff am 14.12.2016].
- [42] Landesärztekammer Hessen, „Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 01.11.2005“, 19.03.2016. [Online]. Available: [https://www.laekh.de/images/Aerzte/Weiterbildung/WBO\\_2005\\_10.pdf](https://www.laekh.de/images/Aerzte/Weiterbildung/WBO_2005_10.pdf). [Zugriff am 14.12.2016].
- [43] Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, „Weiterbildungsordnung vom 20. Juni 2005 in der Fassung vom 3. Juni 2015“, [Online]. Available: [http://www.aek-mv.de/upload/file/aerzte/Weiterbildung/Weiterbildungsordnung/WBO%20vom%203\\_%20Juni%202015.pdf](http://www.aek-mv.de/upload/file/aerzte/Weiterbildung/Weiterbildungsordnung/WBO%20vom%203_%20Juni%202015.pdf). [Zugriff am 11.09.2015].
- [44] Ärztekammer Niedersachsen, „Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen vom 27. November 2004“, 01.11.2016. [Online]. Available: [https://www.aekn.de/fileadmin/media/Downloadcenter/Weiterbildung/WBO\\_und\\_Richtlinien/WBO\\_01\\_11\\_2016.pdf](https://www.aekn.de/fileadmin/media/Downloadcenter/Weiterbildung/WBO_und_Richtlinien/WBO_01_11_2016.pdf). [Zugriff am 14.12.2016].
- [45] Ärztekammer Nordrhein, „Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein vom 1. Oktober 2005“, 28.08.2014. [Online]. Available: <http://www.aekno.de/downloads/aekno/wbo-nordrhein-2014.pdf>. [Zugriff am 14.12.2016].
- [46] Ärztekammer Westfalen-Lippe, „Weiterbildungsordnung vom 9. April 2005“, 29.11.2014. [Online]. Available: [http://www.aekwl.de/fileadmin/weiterbildung/WO/WO\\_2014\\_Sonderdruck\\_idF\\_\\_2014-09-20-4.pdf](http://www.aekwl.de/fileadmin/weiterbildung/WO/WO_2014_Sonderdruck_idF__2014-09-20-4.pdf). [Zugriff am 14.12.2016].
- [47] Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, „Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz“, 01.01.2011. [Online]. Available: <http://www.laek-rlp.de/downloads/wbo.ge01.pdf>. [Zugriff am 14.12.2016].
- [48] Ärztekammer des Saarlandes, „Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes vom 15.12.2004“, 02.01.2013. [Online]. Available: <https://www.aerztekammer-saarland.de/files/15602476F94/WB-0007%20Weiterbildungsordnung%20%2802.01.2013%29.pdf>. [Zugriff am 14.12.2016].
- [49] Sächsische Landesärztekammer, „Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. November 2005“, 25.06.2014. [Online]. Available: [http://www.slaek.de/de/05/aufgaben/weiterbildung/pdf/weiterbildungsordnung\\_neu.pdf](http://www.slaek.de/de/05/aufgaben/weiterbildung/pdf/weiterbildungsordnung_neu.pdf). [Zugriff am 14.12.2016].

- [50] Ärztekammer Sachsen-Anhalt, „Allgemeine Informationen zur Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt vom 16.04.2005“, 01.01.2011. [Online]. Available: <http://www.aeksa.de/www/website/PublicNavigation/arzt/weiterbildung/infoszurgeltendenwbo/>. [Zugriff am 14.12.2016].
- [51] Ärztekammer Schleswig-Holstein, „Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 25. Mai 2011“, 22.06.2016. [Online]. Available: [https://www.aeksh.de/system/files/documents/wbo\\_2011-05-25\\_idf\\_2016-06-22.pdf](https://www.aeksh.de/system/files/documents/wbo_2011-05-25_idf_2016-06-22.pdf). [Zugriff am 14.12.2016].
- [52] Landesärztekammer Thüringen, „Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen vom 14. Juli 2011“, 25.09.2014. [Online]. Available: [http://www.laek-thueringen.de/wcms/RA/Weiterbildungsordnung-vom-14.-Juli-2011-zuletzt-geaendert-am-25.-September-2014-.pdf/\\$FILE/Weiterbildungsordnung%20vom%2014.%20Juli%202011%2C%20zuletzt%20ge%C3%A4ndert%20am%2025.%20September%202014%20.pdf](http://www.laek-thueringen.de/wcms/RA/Weiterbildungsordnung-vom-14.-Juli-2011-zuletzt-geaendert-am-25.-September-2014-.pdf/$FILE/Weiterbildungsordnung%20vom%2014.%20Juli%202011%2C%20zuletzt%20ge%C3%A4ndert%20am%2025.%20September%202014%20.pdf). [Zugriff am 14.12.2016].
- [53] N. Donner-Banzhoff, „Verbundweiterbildung zum Allgemeinarzt - Ein Leitfaden für die Planung, Einrichtung und Führung von Weiterbildungsverbünden“, DEGAM-Schriften Bd. 2, 2. Auflage, Frankfurt am Main, 2010. [Online]. Available: [https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/degam\\_verbundweiterbildung%20100108.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/degam_verbundweiterbildung%20100108.pdf). [Zugriff am 17 11 2016].
- [54] Dr. med. J. Steinhäuser und Prof. Dr. med. J.-F. Chenot, „DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung plus“, DEGAM, 2013. [Online]. Available: [https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Konzept\\_Verbundweiterbildung\\_plus\\_130621.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130621.pdf). [Zugriff am 17 11 2016].
- [55] DEGAM, „Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) - Kriterien für Kompetenzzentren Allgemeinmedizin“, 2015. [Online]. Available: [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/Presseordner\\_2015/DEGAM-Positionspapier\\_Kriterien%20fuer%20Kompetenzzentren%20Allgemeinmedizin.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/Presseordner_2015/DEGAM-Positionspapier_Kriterien%20fuer%20Kompetenzzentren%20Allgemeinmedizin.pdf). [Zugriff am 17 11 2016].
- [56] J. Steinhäuser, M. Roos und K. Haberer, „Bericht aus der Praxis: Das Programm Verbundweiterbildung plus des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg - Entwicklung, Umsetzung und Perspektiven“, ZEFQ, Nr. 105, 2011, pp. 105-109.
- [57] bvmd, „Positionspapier zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung“, bvmd-Medizinstudierendenversammlung, Düsseldorf, 2014. [Online]. Available: [https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Positionspapiere/Positionspapier\\_2014-04-27\\_Verbesserung-allg.med-Weiterbildung.pdf](https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Positionspapiere/Positionspapier_2014-04-27_Verbesserung-allg.med-Weiterbildung.pdf). [Zugriff am 17.11.2016].
- [58] Deutsche Krankenhausgesellschaft et al., „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“, 01.07.2016. [Online]. Available: [http://www.kbv.de/media/sp/Foerderung\\_Allgemeinmedizin.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Foerderung_Allgemeinmedizin.pdf). [Zugriff am 17.11.2016].
- [59] Dr. med. F. Bartmann, „118. Deutscher Ärztetag 2015, Frankfurt am Main - TOP IV: Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung“, 12.-15.05.2015. [Online]. Available: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/118.\\_DAET/118DaetTop4\\_NovelleMWBO.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DaetTop4_NovelleMWBO.pdf). [Zugriff am 22.02.2017].



- [60] Bundesärztekammer/DEGAM, „Novellierung MWBO - Entwurf FA Allgemeinmedizin“, 23.-26.05.2017. [Online]. Available: [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/FA%20AllgMed\\_120%20D%C3%84T%202017.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/FA%20AllgMed_120%20D%C3%84T%202017.pdf). [Zugriff am 09.08.2017].
- [61] DEGAM und J. Steinhäuser, „Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin“, Juli 2015. [Online]. Available: [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/Curriculum\\_01-10-15\\_neu.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Curriculum_01-10-15_neu.pdf). [Zugriff am 22.11.2016].
- [62] Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“, 09.11.2005. [Online]. Available: <http://www.aek-mv.de/upload/file/aerzte/Weiterbildung/Weiterbildungsordnung/2012-10-17%20RL%20WBO%202005.pdf>. [Zugriff am 09.11.2015].
- [63] Ärzte Zeitung, „Kompetenzzentrum im Nordosten kommt“, 24.05.2016. [Online]. Available: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/910971/allgemeinmedizin-kompetenzzentrum-nordosten-gegrundet.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/910971/allgemeinmedizin-kompetenzzentrum-nordosten-gegrundet.html). [Zugriff am 24.11.2016].
- [64] Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, „Verbundweiterbildung“, [Online]. Available: <http://www.kvmv.info/aerzte/27/35/index.html>. [Zugriff am 09.08.2017].
- [65] U. Büttner, „Auswertung des Pilotprojekts "Evaluation der Weiterbildung 2014" in Mecklenburg-Vorpommern“, *Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern*, 25. Jahrgang, März 2015, pp. 85-87.
- [66] CONTENT, „CONTENT - Das arztpraxisbasierte Forschungsnetz“, [Online]. Available: <http://www.content-info.org/>. [Zugriff am 23.02.2017].
- [67] CONTENT, „Grafiken aus dem 2. Berichtsband“, [Online]. Available: <http://www.content-info.org/downloads/berichtsband/no2/03-Beratungsanlaesse-Symptome-nach-ICPC-Kapiteln-CONTENT-3-Jahres-Kontaktgruppe-2006-2009.ppt>. [Zugriff am 23.02.2017].
- [68] S. Lamnek, *Qualitative Sozialforschung*, 5. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2010.
- [69] H. Witt, „Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung“, *Forum Qualitative Sozialforschung*, Februar 2001. [Online]. Available: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs010189>. [Zugriff am 24.08.2015].
- [70] E. Ebermann, „Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren“, Institut für Kultur- und Sozialanthropologie, 18.06.2010. [Online]. Available: <https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-34.html>. [Zugriff am 20.03.2017].
- [71] U. Flick, *Qualitative Sozialforschung - eine Einführung*, 5. Auflage, Hamburg: Rowohlt Verlag, 2012.
- [72] J. Corbin und A. Strauss, *Basics of Qualitative Research*, 3. Auflage, Thousand Oaks: Sage Publications Inc., 2008.
- [73] R. Schnell, P. B. Hill und E. Esser, *Methoden der empirischen Sozialforschung*, 10. Auflage, München: Oldenbourg Verlag, 2013.
- [74] J. Kruse, *Qualitative Interviewforschung - ein integrativer Ansatz*, 2. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 2015.

- [75] A. Bogner, B. Littig und W. Menz, *Interviews mit Experten - eine praxisorientierte Einführung*, Wiesbaden: Springer VS, 2014.
- [76] R. Kaiser, *Qualitative Experteninterviews - Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*, Wiesbaden: Springer VS, 2014.
- [77] I. Coyne, „Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; Merging or clear boundaries?“, *Journal of Advanced Nursing*, Nr. 26(3), Oktober 1997, pp. 623-630.
- [78] M. Q. Patton, *Qualitative Research & Evaluation Methods - integrating Theory and Practice*, 4. Auflage, Thousand Oaks: SAGE, 2015.
- [79] K. Charmaz, *Constructing Grounded Theory*, London: Sage Publications Ltd., 2006.
- [80] B. G. Glaser und A. L. Strauss, *Grounded Theory - Strategien qualitativer Forschung*, 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, 2010.
- [81] J. Gläser und G. Laudel, *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*, 4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag, 2010.
- [82] Hautz und Hartmann, „Transkription von Interviews“, 2010. [Online]. Available: [http://xa.yimg.com/kq/groups/31750263/648181647/name/7\\_Hautz\\_\\_Hartmann\\_2010.pdf](http://xa.yimg.com/kq/groups/31750263/648181647/name/7_Hautz__Hartmann_2010.pdf). [Zugriff am 14.11.2015].
- [83] U. Flick, E. von Kardorff und I. Steinke, *Qualitative Forschung - ein Handbuch*, 6. Auflage, Hamburg: Rowohlt Verlag, 2008.
- [84] M. Schreier, „Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten“, *Forum Qualitativer Sozialforschung*, Bd. 1, Nr. 18, Januar 2014.
- [85] P. Mayring, *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*, 11. Auflage, Weinheim: Beltz Verlag, 2010.
- [86] Online-Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik, „Lexikon online,“ [Online]. Available: <http://lexikon.stangl.eu/6911/abstraktionsniveau/>. [Zugriff am 05.05.2017].
- [87] QSR International, „Nvivo Software für qualitative Forschung“, [Online]. Available: <http://www.qsrinternational.com/nvivo-german>. [Zugriff am 05.05.2017].
- [88] M. Kochen, *Duale Reihe - Allgemeinmedizin und Familienmedizin*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2006.
- [89] Bundesärztekammer, „Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte“, Januar 2014. [Online]. Available: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Igelcheck2Aufl201401a.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Igelcheck2Aufl201401a.pdf). [Zugriff am 28.03.2016].
- [90] J. Steinhäuser, J. Paulus und M. Roos, „Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach - eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung“, *ZEFG*, Nr. 105, 2011, pp. 89-96.
- [91] F4transkript, „audiotranskription.de“, [Online]. Available: <https://www.audiotranskription.de/f4transkript-Funktionen>. [Zugriff am 22.01.2017].
- [92] Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, „Befugnisse nach Fachgebiet“, [Online]. Available: <http://www.aek-mv.de/default.aspx?pid=20100610142642800>. [Zugriff am 16.05.2016].

- [93] Bundesärztekammer, „Weiterbildung“, [Online]. Available: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/>. [Zugriff am 23.02.2017].
- [94] Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, „About CanMEDS“, [Online]. Available: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-e>. [Zugriff am 23.02.2017].
- [95] Gemeinsamer Bundesausschuss, „Bedarfsplanungs-Richtlinie“, 01.01.2013. [Online]. Available: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinie/>. [Zugriff am 01.08.2017].
- [96] Dr. med. F. Bartmann, „120. Deutscher Ärztetag 23.-26.05.2017 in Freiburg - Top VII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung“, 23.-26.05.2017. [Online]. Available: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DAETFolienBartmann.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DAETFolienBartmann.pdf). [Zugriff am 09.08.2017].

## Anhang

### Ursprüngliche Interviewfragen

#### *Zielstellung des Projektes/Eröffnungsfrage*

„In meinem Projekt geht es um die Entwicklung eines Lehrplanes für die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner. Ich beschäftige mich dabei mit dem Teilgebiet Orthopädie, das heißt, die Weiterbildung soll konkret in diesem Bereich verbessert werden.

Die Weiterbildungsordnung für das Fach Allgemeinmedizin sieht in Mecklenburg-Vorpommern drei Monate für Orthopädie vor. Mich interessieren Ihre Gedanken dazu. Was geht Ihnen dazu aus Ihrer Perspektive als Hausarzt/Orthopäde/Allgemeinmediziner in Weiterbildung durch den Kopf? Erzählen Sie doch mal!“

#### *Allgemeine Nachfrage*

„Was ist das Nützlichste, was ein Weiterbildungsassistent für Allgemeinmedizin im Fach Orthopädie lernen könnte?“

#### *Nachfrage für Hausärzte bzw. Allgemeinmediziner in Weiterbildung*

„Wenn Sie jetzt (noch einmal) den Abschnitt Orthopädie machen könnten, wie würden Sie sich das wünschen oder vorstellen (in Bezug auf Struktur/Inhalt/Dauer)?“

#### *Nachfrage für Fachärzte der Orthopädie*

„Was sehen Sie in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Bezug auf Ihr Fachgebiet als besonders kritisch und wo sind aus Ihrer fachärztlichen Sicht Verbesserungen notwendig?“

## **Angepasster Leitfaden**

### *Zielstellung des Projektes/Eröffnungsfrage*

„Wir arbeiten an einer Studie zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, d.h. das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock und einige Doktoranden versuchen herauszufinden, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten ein werdender Allgemeinmediziner auf seinem Weg erwerben sollte und wie dies geschehen kann. Ich interessiere mich für das Teilgebiet Orthopädie. In der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsordnung Mecklenburg-Vorpommerns ist es zurzeit vorgesehen, drei Monate Orthopädie zu absolvieren.

Erzählen Sie mir bitte aus Ihrer Perspektive als Hausarzt/Orthopäde/Allgemeinmediziner in Weiterbildung, welche Inhalte der Orthopädie Sie für einen Allgemeinmediziner als nützlich oder relevant erachten!“

### *Nachfragen für Hausärzte*

„Denken Sie bitte einmal an Ihre eigene Weiterbildung: Welche Kompetenzen haben Sie als Assistenzarzt im Fachgebiet Orthopädie gelernt, die Sie als nützlich für Ihre heutige Arbeit erachten?“

(Oder: „Wie haben Sie die Kompetenzen, mit dem Sie jetzt die orthopädischen Patienten behandeln, erworben?“)

„Können Sie über Fertigkeiten berichten, die Sie, bezogen auf Orthopädie, gerne in ihrer Weiterbildung erlernt hätten?“

„Was sollten die heutigen werdenden Allgemeinmediziner aus dem Bereich der Orthopädie auf jeden Fall mitnehmen?“

„Auf welche Weise sollte diese Kompetenzen ihrer Meinung nach am besten vermittelt werden?“

(Oder: „Wenn Sie jetzt noch einmal den Abschnitt Orthopädie in Ihrer Weiterbildung absolvieren könnten, wie würden Sie sich das in Bezug auf Inhalt, Struktur und Dauer wünschen?“)

### *Nachfragen für Allgemeinmediziner in Weiterbildung*

„Welche Erfahrungen haben Sie in ihrer Weiterbildung bisher auf dem Gebiet der Orthopädie gemacht?“

„Was möchten Sie als Weiterbildungsassistent auf jeden Fall im Bereich der Orthopädie lernen?“

„Auf welche Weise sollte diese Kompetenzen ihrer Meinung nach am besten vermittelt werden?“

*Nachfragen für Fachärzte der Orthopädie*

„Was für Kenntnisse sollte ein Allgemeinmediziner ihrer Meinung nach auf dem Gebiet der Orthopädie auf jeden Fall besitzen?“

„Wenn Sie jetzt mitbestimmen dürften, welche Inhalte der Orthopädie ein Hausarzt in seiner Weiterbildung erlernen sollte, welche wären das?“

„Auf welche Weise sollte diese Kompetenzen ihrer Meinung nach am besten vermittelt werden?“

## Interviewprotokoll

### Interviewcode:

Interviewer:

Datum:

Dauer:

Ort/Raum:

---

Alter:

Geschlecht:

Frühere Berufsausbildung(en):

Studienort:

Beruf/ Spezialisierung:

derzeitige Funktionsbezeichnung (Dienstbezeichnung):

Ort der Niederlassung:

Jahr der Niederlassung am derzeitigen Ort:

Niederlassungsjahre gesamt:

Weiterbildungen/ Zusatzqualifikationen:

Weiterbildungsermächtigung vorhanden?:

---

### Check:

Einverständniserklärung unterschrieben? Ja/Nein

Informationsblatt mit Adresse und Telefonnummer dagelassen? Ja/Nein

Memo erstellt am: .....

Transkription fertig gestellt am: .....

## **Z-Regeln**

### **Z1: Paraphrasierung**

Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!

Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!

Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

### **Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau**

Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktions ebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!

Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!

Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!

Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

### **Z3: Erste Reduktion**

Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungs einheiten!

Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!

Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!

Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

### **Z4: Zweite Reduktion**

Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!

Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!

Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!

Z4.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

(siehe [85, p. 70])



## Thesen

1. In der aktuellen Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin in M-V wird der Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates nicht kompetenzorientiert behandelt.
2. Unter Berücksichtigung der nationalen und internationalen Entwicklungen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist die Weiterentwicklung eines entsprechenden (Teil-)Curriculums sinnvoll.
3. Durch die Einbeziehung von direkt an der Weiterbildung beteiligten Personen soll eine hohe Akzeptanz eines solchen Curriculums erreicht werden.
4. Eine deutliche Mehrheit der Interviewpartner sieht die Weiterbildung im Bereich Orthopädie als wichtigen und zum Teil auch als unterrepräsentierten Bestandteil der Weiterbildung Allgemeinmedizin in M-V an.
5. Wichtige Weiterbildungsinhalte stellen die von allen Interviewpartnern gemeinsam genannten Kompetenzziele dar: Dabei handelt es sich um die Versorgung häufig vorkommende Krankheitsbilder wie Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden sowie das Erlernen der Bewegungsapparat-spezifischen körperlichen Untersuchung und die Pharmako- und Physiotherapie der genannten Erkrankungen.
6. Die Gruppe der interviewten Orthopäden ergänzt das Spektrum der wichtigen Krankheitsbilder um Insertionstendinosen und Fußfehlstellungen, häufig genannt wird auch die Osteoporose.
7. Die interviewten Orthopäden erwarten bei besserer Ausbildung der zukünftigen Allgemeinärzte eine Entlastung ihrer Praxen und Polikliniken von konservativ zu behandelnden orthopädischen Patienten.
8. Die interviewten Allgemeinärzte priorisieren die tatsächlich häufig vorkommenden Erkrankungen des Bewegungsapparates in der Allgemeinmedizin und benennen Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Kindern und Jugendlichen sowie Unfall- und Sportverletzungen als Inhalte des Weiterbildungsabschnittes.
9. Therapeutisch werden die verschiedenen Injektions- und Infiltrationstechniken kontrovers betrachtet.
10. Bezüglich der Verortung des Weiterbildungsabschnittes plädieren die interviewten niedergelassenen Ärzte sowohl aus dem allgemeinmedizinischen als auch dem orthopädischen Bereich eher für eine praxisbasierte Weiterbildung, während die AiW einen Weiterbildungsabschnitt im Krankenhaus vorziehen.
11. Grundsätzlich wird von allen Interviewpartnern deutlich Abstand von Spezialabteilungen, wie auch Spezialsprechstunden, in Kliniken genommen.
12. Bezüglich der Dauer des Weiterbildungsabschnittes spricht sich eine deutliche Mehrheit aller Interviewpartner für einen Zeitraum von mindestens drei Monaten aus.

13. Eine begleitende theoretische Wissensvermittlung wird von den meisten Interviewpartnern als sinnvolle Ergänzung zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung gesehen.
14. Einzelne Interviewpartner schlagen eine Umorientierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vor. Entsprechend soll die gesamte Weiterbildung aus der Allgemeinarztpraxis heraus auf Basis eines qualitätsgesicherten, kompetenzorientierten, longitudinalen Curriculums erfolgen und Kenntnisse aus anderen Fachgebieten eher durch Hospitationen erlangt werden.
15. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Ergebnisse und des Zeitfaktors können einige Inhalte eines späteren Curriculums als fakultativ bzw. interdisziplinär gekennzeichnet werden. Dadurch wäre es dem Weiterzubildenden möglich, als notwendig erachtete Inhalte auch in anderen Fachbereichen zu erlernen.

## **Danksagung**

In erster Linie möchte ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Attila Altiner für die Vergabe des Themas und damit die Ermöglichung dieser Dissertation sowie für sein Mitwirken und seine Unterstützung bedanken.

Weiterhin gilt mein Dank Frau Dr. rer. pol. Christin Löffler sowie Christian Helbig vom Institut für Allgemeinmedizin. Die Unterstützung bei der Bearbeitung des Promotionsthemas und die wertvollen Hinweise bei der Anfertigung der Promotionsschrift machten diese Dissertation erst möglich.

Außerdem möchte ich mich bei den weiteren Mitgliedern der Projektgruppe, Anna Kaletta, Sabrina Werner und insbesondere Katharina Ortner, für den konstruktiven Austausch während der Interviewphase bedanken.

Mein ganz besonderer Dank gilt den 16 interviewten Ärzten, die sich die Zeit genommen haben, an dieser Studie teilzunehmen.

Ebenso möchte ich mich bei allen Freunden und Familienmitgliedern bedanken, die mich über den gesamten Zeitraum begleitet und unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt meinem Vater für die stetige konstruktive Kritik und Unterstützung, sowie meiner Mutter, Stefanie Ullmann und Julia Dauskart für das Korrekturlesen.

Ganz besonders möchte ich mich bei meinem Mann Jonas bedanken, der mich nicht nur durch ständige konstruktive Kritik und regelmäßiges Korrekturlesen unterstützt, sondern mich durch alle Höhen und Tiefen dieser Dissertation begleitet und mir stets Motivation und den nötigen Rückhalt gegeben hat.